UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II

Unité d'Enseignement et de Recherche des Sciences Médicales

Année 1973, thèse nº 85

FORMATION ET SELECTION EN MÉDECINE AUX ÉTATS-UNIS

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Mai 1973.

par Claude ROUQUET

né le 11 octobre 1942 à Marseille (B. du Rh.)

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. P. L'EPEE, Professeur ..... Président

M. A. SERISE, Professeur .....
M. H.J. LAZARINI Agrégé ..... } Juges
M. J. PACCALIN Agrégé .....

A.C.E.M.B. - Editions - 75, cours de la Somme BORDEAUX

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547320_0016

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II

Unité d'Enseignement et de Recherche des Sciences Médicales

Année 1973, thèse nº 85

FORMATION ET SELECTION EN MÉDECINE AUX ÉTATS-UNIS

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Mai 1973.

par Claude ROUQUET

né le 11 octobre 1942 à Marseille (B. du Rh.)

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. P. L'EPEE, Professeur ..... Président

M. A. SERISE, Professeur .....
M. H.J. LAZARINI Agrégé ..... } Juges
M. J. PACCALIN Agrégé .....

A.C.E.M.B. - Editions - 75, cours de la Somme BORDEAUX

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A ma femme, à ma fille.

A mes parents, à mes soeurs.

A tous les miens, à ma belle - famille.

A tous mes amis.

A tous ceux, Français et Américains, qui ont bien voulu nous recevoir, nous écrire, nous confier une documentation, pour mener à bien ce travail.

A nos maîtres

des Hôpitaux

et de la Faculté de Médecine

de Bordeaux.

A NOS JUGES.

Monsieur le Docteur J. PACCALIN

Maître de Conférences, Agrégé de Thérapeutique,
Réanimation médicale,
Rééducation fonctionnelle et Hydrologie,
Médecin des Hôpitaux.

Malgré la tempête habituelle de vos activités, vous nous faites l'honneur d'accepter de siéger dans le jury de cette thèse.

Nous vous exprimons ici toute notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur H. J. LAZARINI

Maître de Conférences , Agrégé de Médecine Légale et de Médecine du Travail,
Chevalier des Palmes Académiques.

Vous nous avez reçu comme un ami, vous nous avez aidé de vos conseils, vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.

Pour tout cela, et pour les grands moments que furent pour nous vos cours, veuillez trouver ici l'assurance de notre respectueuse et profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur A. SERISE

Professeur sans chaire d'Hygiène,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Médaillé Militaire,
Officier de l'Ordre National du Mérite,
Croix de Guerre 1939 - 1945,
Chevalier des Palmes Académiques,
Chevalier de la Santé Publique.

Vous nous avez accueilli avec votre simplicité coutumière et vous avez bien voulu accepter d'être le juge de cette thèse.

Nous vous exprimons ici notre gratitude et notre profond respect.

A NOTRE PRESIDENT de THESE.

Monsieur le Professeur P. L'EPEE

Professeur titulaire de Médecine Légale
et de Médecine du Travail,
Médecin Inspecteur Régional du Travail
et de la Main d'Oeuvre,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Ordre National du Mérite,
Officier des Palmes Académiques,
Chevalier du Mérite Social,
Chevalier du Mérite Agricole.

Nous avons eu le privilège de suivre votre enseignement pendant nos études.

Nous vous sommes très reconnaissant de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Ce travail est pour nous l'expression de la considération que nous vous portons.

FORMATION ET SELECTION EN MEDECINE

AUX ETATS UNIS.

REMARQUES LIMINAIRES

Ce travail repose en quasi totalité sur une documentation en langue anglaise. Pour permettre une lecture plus aisée, nous avons choisi de traduire tous les termes ou noms d'organismes nécessaires à la compréhension. Il apparaîtra de ce fait un certain nombre d'abréviations dont les initiales seront celles de l'appellation française. Ces signes n'ont bien sûr aucun caractère officiel ; le lexique final permettra de retrouver appellations et abréviations d'origine.

Dans un souci de clarté, nous avons normalisé, au risque de nous éloigner de la traduction littérale, certaines appellations. Par exemple, qu'il s'agisse d'école, de collège, de faculté ou d'université de médecine, nous avons retenu le terme le plus habituel « d'école de médecine »

Pour rendre plus facile l'appréciation des sommes d'argent dont il est question à maintes reprises, nous avons directement indiqué ces sommes en francs sur la base de un dollar – cinq francs.

Il nous paraît bon de préciser le sens d'un certain nombre de termes qui, du fait de la structure fédérale des Etats Unis, ont un sens différent de celui qu'on leur donnerait en Français. Ainsi, national qualifie l'ensemble des Etats, régional un groupe d'Etats. On entend par Etat un Etat isolé ; le comté est une division administrative de l'Etat

La CALIFORNIE sera souvent citée en exemple, et ceci pour plusieurs raisons D'abord, nous nous y sommes rendus en voyage d'études au cours de l'été 1970 et y avons noué des relations qui ont contribué par leurs informations à ce travail Ensuite, ceux qui ont visité les Etats-Unis savent que la Californie est l'Amérique par excellence Enfin et surtout du point de vue de notre étude la Californie dispose de huit écoles de médecine dont cinq publiques et trois privées Parmi les cinq publiques, trois sont anciennes (Los Angeles, San Francisco, Irvine) et deux récentes (Davis, San Diego) ; parmi les trois privées (Loma Linda, Southern California, Stanford). Stanford jouit d'une renommée

internationale. Ainsi, la Californie offre un échantillonnage complet des différents types d'écoles de médecine que l'on peut rencontrer aux Etats - Unis.

Signalons dès maintenant que ne sont par considérées comme écoles étrangères les écoles canadiennes, portoricaines et américaines à l'étranger.

Il existe aux Etats - Unis un système complexe d'agrément des établissements scolaires et universitaires, ainsi que les programmes d'intérnat et de résidence, qui ne se tretrouve pas dans le système français Nous y reviendrons plus longuement car la chose est d'importance essentielle. Retenons déjà qu'un établissement quel qu'il soit et quel que soit son niveau ne peut dispenser un enseignement sanctionable que s'il est dument agréé par le ou les organisme (s) habilité (s).

INTRODUCTION

Une longue quête à la recherche d'informations nous a amené à la conclusion qu'il n'existe rien de conséquent dans la littérature, ni en Anglais, ni en Français, sur la formation médicale aux Etats - Unis. Deux organismes spécialisés nous l'ont clairement avoué, cependant que le Centre de Documentation de l'Inserm ne nous adressait pas moins de 524 références, toutes marginales ! Nous avons donc travaillé sur les notes prises au cours du voyage d'étude évoqué plus haut, sur des numéros spéciaux de revues, quelques articles, des annuaires et des catalogues américains, sur une correspondance avec des praticiens et des bibliothécaires médicaux américains, sur des entretiens avec des nationaux américains résidant à Bordeaux pour des raisons d'études ou autres raisons.

C'est pour essayer de compenser la pénurie en informations sur la formation médicale aux Etats - Unis que nous offrons dans la première partie un vaste panorama de ces études. On y jugera de la sévérité de la sélection qui sera l'objet de la seconde partie. Notre plan sera donc le suivant :

- 1° partie : la formation médicale aux Etats - Unis.
  - bref aperçu de l'enseignement aux Etats - Unis (p 7)
  - se préparer aux études médicales dès l'école secondaire (p. 9)
  - les trois cycles de médecine (p 11)
  - Premier cycle : études prémédicales au collège (p 12)
  - Second cycle : l'école de médecine. (p 19)
  - Troisième cycle : études post - doctorales ; internats et résidences (p 39)

- Omnipratique et spécialités. (p. 56).
- La formation continue.. (p. 62).
- La prévoyance sociale. (p. 66).
- Conclusion de la première partie : quel médecin pour quel malade ? (p. 71).

- 2° partie : la sélection en médecine aux Etats - Unis.

- Son niveau. (p. 75).
- Ses moyens. (p. 76).
- Ses conséquences. (p. 79).
- Conclusion de la seconde partie : les causes de la sélection. (p. 87).

- Conclusion générale. (p. 88).
- Lexique. (p. 93).
- Bibliographie. (p. 98).
- Serment. (p. 108).

LA FORMATION MEDICALE AUX ETATS - UNIS

BREF APERÇU DE L'ENSEIGNEMENT AUX ETATS - UNIS

Tout comme en France, le jeune Américain entre à l'école primaire à six ans. Si tout se passe bien, il accède au premier cycle du second degré à 12 ans. Deux ans plus tard, il reçoit un certificat attestant de ses connaissances et entre dans le second cycle du second degré. Il a 14 ans et c'est là que commencent les choses sérieuses. Nous y reviendrons. Il obtient en quatre ans un diplôme d'études secondaires qui, s'il a été préparé dans un établissement agréé et obtenu avec une moyenne suffisante, lui permet d'accéder à 18 ans à l'Université. Les quatre premières années d'Université constituent le Collège et sont sanctionnées par un baccalauréat. Il faut souligner ici cette différence essentielle entre les enseignements français et américain : le collège ressort déjà des études supérieures et le baccalauréat est un diplôme d'études supérieures. S'il obtient un baccalauréat dans un collège agréé et avec une moyenne suffisante, notre étudiant, qui a maintenant 22 ans, peut se diriger vers une maîtrise puis / ou un doctorat, dont le doctorat en médecine avec les restrictions que nous verrons plus loins. Remarquons à ce propos que le doctorat n'est pas attaché aux Etats - Unis à la soutenance d'une thèse. Il marque simplement une étape dans la formation de l'étudiant. En médecine, il exige quatre ans d'études avec des variations que nous envisagerons.

Depuis le premier cycle du second degré, la notation est scrupuleusement consignée, d'abord sur le livret scolaire, puis sur le livret universitaire. Elle est le plus souvent exprimée en lettres qui admettent une équivalence chiffrée :

EN LETTRES	EN CHIFFRES	MENTION FRANÇAISE EQUIVALENTE	NOTATION FRANÇAISE EQUIVALENTE (sur 20)
A	4	très bien	16 - 20
B	3	bien	13 - 16
C	2	passable	10 - 13
D	1	insuffisant	7 - 10
F	0	très faible	0 7

Cette notation peut être nuancée par le signe (+) qui ajoute un demi point Exemple : B (+) = trois et demi.

La notation n'est pas le seul élément d'appréciation de l'élève, puis de l'étudiant L'enseignement comprend, dès le second cycle du second degré, des cours imposés et des cours optionnels. Ces deux types de cours donnent à l'élève ou à l'étudiant qui y a assisté, un certain nombre d'unités de valeur. Ce nombre correspond à un nombre d'heures hebdomadaires d'enseignement de la matière concernée ; il est suivi par la mention du temps pendant lequel cette matière a été enseignée. Il peut s'agir d'un trimestre (en moyenne 12 semaines), d'un semestre (en moyenne 18 semaines) ou d'une année universitaire (en moyenne 36 semaines). A titre d'exemple, un élève ou un étudiant crédité de cinq unités de valeur pendant un trimestre en chimie a assisté à 60 h. d'enseignement de cette matière. Nous verrons l'importance de ces unités de valeur pour l'admission dans une école de médecine.

SE PREPARER DES L'ECOLE SECONDAIRE

Revenons ici à la notion d'agrément dont nous parlions plus haut Comme tout établissement soucieux de délivrer des diplômes utilisables un école secondaire doit être agréée. Elle le sera si elle réunit les conditions éducatives requises par l'une des six Associations Régionales des Ecoles Secondaires et Collèges (ARESC des Etats du Centre, des Etats de Nouvelle Angleterre, des Etats du Centre - Nord, des Etats du Nord Ouest, des Etats de l'Ouest, des Etats du Sud). L'élève avisé qui se destine aux études de médecine commencera donc par fréquenter une école secondaire agréée. Il pensera dès ce niveau à mettre un maximum d'atouts de son côté. Les embûches qu'il va rencontrer sur son chemin sont en effet fort nombreuses et déjà, il peut essayer d'en éviter trois le travail scolaire inadapté, le collège mal choisi, l'imprévision financière

TRAVAIL SCOLAIRE.

Parmi les cours imposés, notre élève travaillera avec assiduité les sciences naturelles, les sciences sociales, l'Anglais, les langues vivantes et les mathématiques. Il choisira en cours optionnels les matières propres à éveiller sa curiosité intellectuelle et à développer son aptitude à communiquer Il apprendra, si besoin est, à aimer la lecture Dans beaucoup d'établissements, les conseillers d'enseignement pourront l'aider dans ses choix. Ils lui indiqueront s'il est possible d'essayer d'obtenir par anticipation des unités de valeur universitaires qui allegeront d'autant son programme du collège. Il essaiera de mettre à profit ses vacances d'été pour effectuer un travail formateur (musées bibliothèques, traductions, comptabilité, etc .)

CHOIX DU COLLEGE.

Tous les collèges agréés par l'une des six ARESC citées plus haut sont en principe susceptibles d'assurer la préparation aux études mé-

dicales ; leur liste est publiée chaque année par le American Council Education. Toutefois, à la rentrée 1972 - 73, les étudiants en médecine entrant en première année provenaient de 750 collèges environ. Ces 750 collèges ne figurent sur aucune liste officielle. Il appartient à notre élève de choisir l'un de ceux - ci en s'informant comme il le peut. Il se donnera un maximum de chances de succès en sélectionnant un collège où les cours spécifiquement prémédicaux sont dispensés dans les meilleures conditions et où existe un encadrement de conseillers d'enseignement prémédical.

PLAN DE FINANCEMENT.

Notre élève peut dès maintenant essayer d'évaluer le coût global des études supérieures et ses revenues vraisemblables au cours de ces études (ressources familiales, gains personnels, bourses, prêts, etc... de façon à établir un plan de financement de ses études. Il peut d'ores et déjà solliciter une bourse pour le collège. A titre indicatif, citons - en trois disponibles sur le plan national : National Honor Society Scholarship Program, National Merit Scholarship Corporation, Science Talent Search. Une information complète sur cette question est difficile à se procurer, mais l'élève trouvera d'intéressants détails dans « Financing a college science education », publié par la National Science Foundation, Washington, DC., 1965. Après avoir bien mûri ces questions et titulaire de son diplôme d'études secondaires, notre élève va pouvoir entrer à l'Université.

LES TROIS CYCLES DE MEDECINE

De façon purement didactique, nous avons divisé en trois cycles les études de médecine. Il ne faut pas chercher à assimiler ces divisions au modèle français.

Notre premier cycle est constitué par les études prémédicales qui s'effectuent au Collège. Il dure quatre années et es t sanctionné par un baccalauréat.

Le second cycle recouvre les études médicales proprement dites qui s'effectuent en quatre années dans une école de médecine ; il s'achève par le doctorat.

Le troisième cycle enfin est constitué par un enseignement post doctoral, internat et éventuellement résidence. Il dure donc un minimum d'un an (internat) et peut atteindre six ans (résidences les plus longues). Nous allons envisager successivement et de façon détaillée ces trois cycles.

PREMIER CYCLE : LE COLLEGE

Il s'agit donc, nous en prendrons l'habitude, d'un établissement agréé par l'une des six ARESC. L'élève devenu étudiant l'a judicieusement choisi en fonction des considérations évoquées plus haut. De même que précédemment, il va avoir pour préoccupations le travail universitaire, le choix de l'école de médecine, le plan de financement. Il s'y ajoutera la nécessité de subir les épreuves du Test d'Admissibilité aux Ecoles de Médecine. (TAEM).

TRAVAIL UNIVERSITAIRE.

Diverses dans leur philosophie de l'enseignement, leurs conditions d'admission, leurs méthodes de formation clinique, les écoles de médecine s'accordent toutes à reconnaître la nécessité chez l'étudiant de solides connaissances en biologie, chimie, physique, mathématiques, sciences sociales, lettres, et une grande aptitude à communiquer. Sans insister sur la biologie, la chimie et la physique dont l'importance est évidente et dont les concepts et le vocabulaire devront être familiers à l'étudiant en médecine de première année, il faut souligner l'importance grandissante attachée par les écoles aux mathématiques et particulièrement au calcul intégral, à la théorie des ensembles et aux statistiques. Les humanités, les sciences sociales et comportementales (sociologie, dynamique de groupe, psychologie, etc...) sont appréciées dans la mesure où elles permettent de mieux comprendre, dans la santé comme dans la maladie, les réactions, les valeurs et les motivations de l'individu. Quant à l'aptitude à communiquer, par l'écriture comme par la parole, elle est tenue aux Etats - Unis pour l'un des fondements de la vie professionnelle du médecin.

Pour la rentrée 1973 - 74 (114 écoles), voici les 14 cours les plus fréquemment exiges parmi ceux qui doivent avoir été suivis au collège :

RANG	COURS	NOMBRE D'ECOLES QUI DEMANDENT LE COURS (sur 114).
1	Chimie organique	110
2	Biologie (sans autre précision)	106
3	Anglais	76
4	Chimie (sans autre précision)	69
5	Physique générale	57
6	Physique (sans autre précision)	49
7	Chimie minérale	28
8	Mathématiques (sans autre précision)	19
9	Calcul intégral	18
9	Analyse quantitative (chimie)	18
10	Analyse qualitative (chimie)	17
11	Chimie générale	13
12	Sciences comportementale (sans autre précision.)	10
12	Algèbre élémentaire	10

Sachant cela, l'étudiant sera bien inspiré de choisir parmi les cours imposés une dominante scientifique et de compléter en cours optionnels les autres exigences requises, fonction de l'école envisagée.

CHOIX DE L'ECOLE.

Il faudra bien sûr que l'école soit agréée. Ici, l'agrément est donné conjointement par deux organismes sur lesquels nous reviendrons plusieurs fois étant donné leur importance : l'Association Médicale Américaine (A. M. A.) et l'Association des Ecoles de Médecine Américaines

(A E M A.) Plus qu'un choix d'école, il s'agit pour le candidat d'une sélection des écoles dans lesquelles il a le plus de chances d'être admis, ses candidatures pouvant être multiples. Cette sélection sera fonction à ce niveau de ses résultats universitaires, de ses résultats au Test d'Admissibilité aux Ecoles de Médecine (T. A. E. M.), de son âge, de son lieu de résidence, et éventuellement de ses goûts.

Résultats universitaires : l'étudiant doit disposer d'un certain nombre d'unités de valeur dans les matières exigées par la ou les écoles (s) envisagée (s) Nous en donnerons des exemples plus loin. Il doit aussi avoir atteint un niveau minimum qui est théoriquement l'accomplissement de trois années de collège mais qui est en pratique un baccalauréat : à la rentrée 1972 - 73, sur 109 écoles de médecine, 72 disposaient d'un effectif de 1ère année bachelier à plus de 90 %, cinq seulement entre 70 et 79 %, aucune en dessous de 50 %. Il doit enfin avoir obtenu une moyenne générale A ou B ; quelques rares moyennes C sont admises si la réputation du collège est particulièrement bonne :

ANNEE D'ADMISSION EN PREMIERE ANNEE	MOYENNE GENERALE AU COLLEGE. (en % d'étudiants).		
	A	B	C
1960	13 , 4 %	71 %	15 , 6 %
1970	19 , 7 %	73 , 3 %	7 %

Résultats au T. A. E. M. : la quasi totalité des écoles exige ou pour le moins recommande fermement aux candidats de subir les épreuves du T A E M Il s'agit d'un test normalisé à l'échelle nationale qui peut se passer deux fois par an, en mai et en octobre, l'année qui précède la candidature à l'école, donc au cours de la dernière année de collège

La plupart des écoles préférent que les étudiants se présentent à la session de mai, les résultats de la session d'octobre n'étant pas disponibles avant début décembre, période limite en pratique du dépôt des candidatures. Il est tenu compte du fait que l'étudiant qui se présente à la session de mai n'a pas encore vu la totalité du programme de l'année en cours. L'examen a lieu un samedi ; les droits s'élèvent à 100 F Si l'étudiant ne peut se présenter le samedi pour des raisons religieuses, l'examen a lieu le dimanche et les droits sont portés à 125 F Les droits comprennent l'expédition des résultats à six écoles non abonnées au Service des Candidatures aux Ecoles de Médecine Américaines (S. C E M. A) sur lequel nous reviendrons. Les abonnés reçoivent de toute façon les résultats par le S. C. E. M. A. . Ces six écoles doivent être précisées sur la demande d'inscription au test. Pour chaque expédition supplémentaire ou pour une expédition dont les coordonnées n'auraient pas été précisées à l'inscription, il est perçu 10 F de supplément. En outre, le résultat et son duplicata sont expédiés au candidat qui pourra en remettre un exemplaire à ses conseillers d'enseignement prémédical. Le T. A. E. M. est organisé par The Psychological Corporation qui publie chaque année une brochure d'information détaillée Le relevé des résultats est assuré par l'A. E. M. A. (dont le S C E M A est une branche). Le T. A. E. M. est une mesure objective qui explore en quatre rubriques les connaissances et d'une certaine façon la maturité du candidat :

1 ° - Expression et compréhension (richesse du vocabulaire)

2 ° - Aptitude au calcul (application des principes mathématiques fondamentaux).

3 ° - Sciences (acquisitions en biologie, chimie, physique et aptitude à s'en servir).

4 ° - Culture générale (exploration très générale portant entre autres sur les sciences sociales et comportementales).

Ce test permet de comparer entre eux des candidats très différents à tous points de vue. Il est conçu de telle sorte que les résultats

individuels soient comparables d'une année à l'autre (le test peut être repassé sur simple demande). Le T. A. E. M. ne peut et ne doit pas explorer les motivations, l'intérêt et la sincérité du candidat quant à son désir de faire des études de médecine. D'autres techniques permettent d'obtenir ces données.

Les résultats obtenus ne déterminent bien sûr pas l'admission à eux seuls. L'analyse distributive des résultats dans chaque rubrique pour l'ensemble des candidats et des admis montre toutefois que l'aptitude au calcul est très sélective. On s'aperçoit en outre que la majorité des admis totalise plus de 500 points au test.

L'âge : l'âge peut être une clause impérative. Toutes les écoles ne présentent pas par écrit leurs exigences en la matière, mais une bonne moitié d'entre elles ne modifie pas, sauf rare exception, ses habitudes. Il faut avoir habituellement de 20 à 26 ans lorsque l'on entre en première année.

Le lieu de résidence : les écoles présentent en règle leurs exigences en la matière. Habituellement, les écoles publiques sont tenues par la loi de favoriser les candidatures des habitants de l'Etat, avec même quelquefois un système de répartition par comtés. Ceux qui n'habitent pas l'Etat paient des frais d'études considérablement plus élevés que ceux qui y habitent. Les écoles privées donnent simplement la préférence aux habitants de l'Etat , sans décourager les candidatures de ceux qui n'y résident pas. Mais les choses ne sont pas toujours aussi schématiques : certaines écoles privées donne une franche préférence aux résidents de l'Etat ; certaines écoles publiques considèrent sur la même base l'ensemble des candidatures, les frais d'études demeurant majorés pour les non résidents de l'Etat. Des écoles publiques et privées différencient les résidents d'Etats voisins du leur de ceux d'Etats lointains. A l'Ouest des Etats Unis, les écoles participant au W. I. C. H. E. (Western Interstate Commission for Higher Education) admettent les résidents d'Alaska, d'Idaho, du Montana et du Wyoming, avec des frais d'études d'habitants de l'Etat . A l'Est, l'école de médecine de l'Université du Vermont admet après ses propres résidents ceux du Massachussetts, du Maine, du New Hamphire et de Rhode Island ; ces non résidents paient des frais d'études de résidents.

Informé de ces restrictions, l'étudiant ne doit pas limiter ses candidatures à l'aire géographique dans laquelle il se propose d'exercer plus tard, partant de l'erreur répandue qu'il aurait du mal à en obtenir l'autorisation s'il faisait ses études ailleurs. Un doctorat permet pratiquement de s'installer partout en clientèle privée. Il nous paraît même formateur de changer d'environnement géographique du collège à l'école de médecine, plus tard de l'école de médecine à l'hôpital, d'autant que le S. C. E. M. A. rend aisées les candidatures multiples.

Les goûts individuels : les écoles varient considérablement de l'une à l'autre en nombre d'étudiants, nombre d'enseignants, nombre et type de patients avec lesquels les étudiants pourront être mis en contact, possibilités d'activités particulières comme la recherche, conception de l'enseignement, localisation géographique, méthodes de contrôle des connaissances, études post - doctorales, orientation future, etc . Tous ces éléments pourront intervenir dans le choix de l'étudiant

Divers : L' A. E. M. A. a réaffirmé dans sa résolution du 1 / 11 / 70 l'égalité de tous devant les études et la pratique des professions de santé. Sexe, race, religion, couleur, origines nationales, état marital, ne devraient donc pas influencer le choix du candidat. En fait, l'étudiant fera bien de s'assurer à l'avance que sa situation particulière de ces points de vue n'interfèrera pas sur son admission éventuelle dans telle ou telle école.

PLAN DE FINANCEMENT.

Le coût des études est élevé, nous le verrons Le plan de financement étudié à l'école secondaire devra être révisé en tenant compte des économies réalisées, de l'emploi à temps partiel qu'il est possible de se procurer au collège et du petit salaire que l'étudiant recevra au cours de ses études post - doctorales (internat puis résidence) En ce qui concerne les emplois à temps partiel au niveau du collège, les bureaux universitaires de placement conseilleront utilement l'étudiant

Il pourra par exemple travailler au secrétariat du collège, ou encore au restaurant universitaire Pour les prêts, l'étudiant s'adressera aux conseillers d'enseignement prémédical. Beaucoup de programmes d'aide financière sont actuellement administrés par les collèges eux - mêmes. Les prêts peuvent avoir une origine publique, privée, ou mixte ; la plupart ont un faible taux d'intérêt. Quelques uns impliquent l'assujettissement à un service ultérieur. En voici trois exemples nationaux :
- National Defense Studen Loan Program, qui s'adresse aux étudiants nécessiteux aux brillants résultats universitaires. Les fonds sont avancés par diverses congrégations et par les collèges participant au programme. Le prêt peut atteindre 5.000 F. par année universitaire et l'intérêt n'est décompté qu'à partir du début du remboursement.
- Federally Insured Student Loan Program, qui peut atteindre 7.500 F. par année universitaire.
- United Student Aid Funds Incorporated.

L'étudiant trouvera d'amples détails dans le fréquemment révisé « Federal Aids for College Students », publié par l'Office of Education, Department of Health, Education and Welfare, Washington, D.C.

SECOND CYCLE : L'ECOLE.

L'agrément de l'établissement est soumis, comme nous l'avons vu , à l'appréciation conjointe de l'A. M. A. et de l'A. E. M. A. . L'A. M. A. interviendra si souvent par la suite qu'elle nous deviendra familière ; nous n'en parlerons pas ici.

L'A. E. M. A., créée en 1876, vise à faire progresser l'enseignement de la médecine et coopère à tous les programmes d'enseignement relatifs aux problèmes de la santé. Sont membres de l' Association toutes les écoles de médecine, 405 hôpitaux d'enseignement, 52 sociétés savantes en rapport avec l'enseignement de la médecine et la recherche médicale, et plus de 2. 700 individus. L'association coopère avec l'A. M. A. non seulement pour l'agrément des écoles de médecine existantes mais aussi pour le développement d'écoles nouvelles. Elle assure le relevé des résultats du T. A. E. M. et préside au fonctionnement du S. C. E. M. A..

Nous envisageons successivement les conditions à remplir, la procédure d'admission, la formation, les examens, le plan de financement. Chaque fois, nous donnerons après les caractères généraux des exemples précis.

CONDITIONS A REMPLIR.

Nous les avons déjà évoquées ; récapitulons les :

- Trois années de collège au minimum, mais baccalauréat préférable ;
- Unités de valeur suffisantes en biologie, chimie, physique, au minimum ;
- Moyenne générale élevée ;

- T. A. E. M. la plupart du temps exigé ;

- Avoir des qualités individuelles propres à satisfaire le jury d'admission ;

- Présenter un livret universitaire et des lettres de recommandation propres à influencer favorablement le jury d'admission.

Trois exemples en Californie :

1° - Une école publique ancienne : l'école de médecine de San Francisco. Cette école exige trois années de collège mais recommande un baccalauréat. Le T. A. E. M. est requis, ainsi que 12 unités de valeur par trimestre pendant un an de chimie générale avec laboratoire, huit unités de valeur par trimestre pendant deux trimestres de chimie organique, 12 unités de valeur par trimestre pendant un an de physique avec laboratoire, 15 unités de valeur par trimestre pendant un an de biologie (comprenant la zoologie des vertébrés) avec laboratoire. Une année de calcul intégral et des connaissances suffisantes en chimie physique sont fortement recommandées. Sont également recommandées des connaissances en littérature, histoire et art.

2° - Une école publique récente, non encore agréée pour la délivrance du doctorat en médecine : l'école de médecine de San Diego. Cette école exige trois années de collège et le T. A. E. M. . Sont également requises deux années de chimie comprenant de la chimie organique, une année de physique, une année et demie de biologie comprenant cytologie, histologie et génétique. Exigées également de bonnes connaissances en calcul intégral et en Anglais écrit et parlé. Sont recommandées la chimie physique, les langues vivants étrangères, les sciences sociales et comportementales.

3° - Une école privée : l'école de médecine de l'Université Stanford. Trois années de collèges sont exigées ; un baccalauréat est préféré. Le T. A. E. M. est également nécessaire. On demande en outre une année de biologie avec laboratoire, deux années de chimie comprenant de la chimie organique, avec laboratoire, et une année de physique avec laboratoire.

PROCEDURE D' ADMISSION.

43 399 étudiants ont été inscrits dans toutes les années en 1971 - 72 aux Etats Unis, ce qui est fort peu pour un pays de plus de 200 millions d'habitants Ce chiffre seul explique combien il est difficile d'être admis dans une école de médecine Le nombre d'inscrits en 1ère année dans l'ensemble des écoles, à 10 ans d'intervalle, le montre plus clairement encore :

ANNEE D'ENTREE en première année	NOMBRE D'INSCRITS	NOMBRE DE CANDIDATS	NOMBRE DE DEMANDES.
1962 - 63	8.642	15.847	59.054
1972 - 73	12.900 *	35.000 *	245.000 *

* évaluation.

Ainsi, il y a 10 ans, chaque candidat présentait moins de quatre demandes et plus de 58 % des candidats trouvaient à s'incrire. Aujourd'hui chaque candidat présente sept demandes et à peine plus de 37 % des candidats trouvent à s'inscrire. C'est assez dire combien le candidat devra développer une véritable stratégie dans ses candidatures.

Demandes déposées par le candidats lui - même : Le candidats doit tenir compte en premier lieu des dates limites de dépôt des candidatures Chaque école a sa date limite, mais en gros, les demandes pour l'inscription en 1ère année en 1973 - 74 n'ont plus été acceptées apres décembre 1972. Toutefois, on entend par demande le dépôt du seul formulaire. les autres pièces sont expédiées au fur et à mesure qu'elles sont disponibles (essentiellement livret universitaire et lettres de recommandation). La plupart des écoles exigent le versement d'un droit

au moment du dépôt de la demande Il paraît sage pour le candidat de déposer trois ou quatre candidatures au moins dans des écoles soigneusement sélectionnées en fonction des éléments envisagés plus haut. Ce nombre est couramment porté à huit ou 10 par les candidats, exceptionnellement à 30 ou davantage La popularité d'une école variant d'une année à l'autre, les candidats peuvent avoir des surprises Il est toujours bon de prendre l'avis des conseillers d'enseignement prémédical.

Les candidatures multiples obligent le candidat à réunir plusieurs dossiers, un par demande D'où l'intérêt du S C E M A

Demandes effectuées par l'intermédiaire du S C E M A : Le S. C. E M A , branche de l'A E M A , fonctionne au bénéfice mutuel des candidats et des responsables de l'admission Ce service se charge pour l'étudiant de déposer sa candidature en 1ère année, et en 1ère année seulement , dans les différentes écoles où il désire tenter sa chance Pour la rentrée 1973 - 74, 70 écoles sur 114 sont abonnées au S C. E M A (pour 58 seulement à la rentrée précédente) Il est même quatre écoles pour n'accepter que ce mode de candidature L'intérêt de ce service est qu'il reproduit des éléments de la demande en autant d'exemplaires que d'écoles sollicitées par l'étudiant, qui n'a ainsi qu'à établir un seul dossier Pratiquement, l'école abonnée au S C. E M. A. transmet à l'étudiant, sur sa demande, une carte postale prélibellée à l'adresse du service Cette carte peut même être remise à l'étudiant par le conseiller d'enseignement prémédical si celui - ci a veillé à s'en procurer lui - même L'étudiant expédie au service cette carte et une étiquette gommée portant ses nom et adresse Dès réception, le service lui envoie à son tour un formulaire de demande d'inscription comportant tous les renseignements souhaitables L'étudiant complète ce formulaire et y joint toutes les pièces nécessaires au dossier qu'il a en sa possession Il précise bien entendu les écoles auxquelles il désire se porter candidat Le service s'occupe du reste Ses tarifs sont les suivants : une école, 50 F ; deux écoles, 75 F ; trois écoles, 100 F ; quatre écoles, 125 F ; cinq écoles, 150 F 50 F supplémentaires sont perçus par école supplémentaire à partir de la sixième école, ou même avant la sixième si l'adresse de l'école en cause est transmise postérieurement au dossier L'étudiant peut être exempté de droits s'il réunit certaines condi-

tions indiquées sur le formulaire et s'il en fait la demande au moment du dépôt de dossier.

Le S. C. E. M. A. ne s'occupant que des inscriptions en 1ère année un étudiant en médecine ayant déjà commencé ses études dans une ecole et souhaitant un transfert ne peut pas utiliser les services du S. C. E. M. A.

Une école non abonnée au S. C.E. M. A. s'occupe elle - même de l'expédition des formulaires et de la réception des demandes correspondantes.

Après l'intervention du S. C. E. M. A. , l'école demande directement à l'étudiant les pièces complémentaires, celles qu'il n'avait pas en sa possession au moment de l'expédition du dossier au S. C. E. M. A., ou, le cas échéant, l'avise de son admission. Elle peut dans tous les cas lui demander, malgré les droits payés au S. C. E. M. A., le paiement des droits de candidature. A partir de ce moment là, l'étudiant et l'école sont en correspondante directe.

Admission : ce paragraphe sera envisagé dès maintenant pour qu'il ne soit plus question par la suite des problèmes de date.

Pour les candidatures 1973 - 74, une réponse positive peut arriver n'importe quand entre septembre 1972 et octobre 1973. Il existe une liste supplémentaire au cas de défections. Certaines écoles envoient en une seule fois toutes les décisions, d'autres les envoient au fur et à mesure qu'elles sont prises. Si l'étudiant accepte l'offre d'admission, et il doit le faire dans les deux semaines qui suivent la notification, il a à verser dans la plupart des cas un acompte sur les frais d'études. Cet acompte n'excèdera pas 500 F.. S'il annule son accord après le premier mars qui suit, il perd cet acompte (à cet égard, l'A. E. M. A. conseille de rembourser l'étudiant pourvu qu'il annule avant la rentrée universitaire). En cas d'acceptation par plusieurs écoles, et par égard pour les camarades de la liste supplémentaire, l'étudiant se doit de notifier promptement sa décision aux écoles concernées.

Trois exemples en Californie pour la rentrée 1973 - 74 en première année.

1° - L'école de San Francisco n'est pas abonnée au S. C. E. M. A.. Les demandes ont donc du être déposées par les candidats eux-mêmes entre le 1 / 6 / 72 et le 31 / 10 / 72. Un examen sommaire de la demande est gratuit, mais 100 F. sont perçus pour une demande ferme. Le cas échéant, l'acceptation de l'école a été transmise entre le 5 / 1 / 73 et le 31 / 3 / 73, éventuellement plus tard. Le candidat a disposé de deux semaines pour donner son accord ; il a du verser dans le même délai 250 F. d'acompte sur les frais d'études. Cet acompte n'était récupérable en cas de défection que jusqu'au 1 / 3 / 73.

2° - L'école de San Diego est abonné au S. C. E. M. A./ Les demandes ont donc du être déposées soit par les candidats, soit par le S. C. E. M. A. entre le 15 / 6 / 72 et le 31 / 12 / 72. Un examen sommaire de la demande est gratuit, mais 100 F. sont perçus pour une demande ferme. Le cas échéant, l'acceptation de l'école a été transmise après le 1 / 12 / 72. Le candidat a disposé de deux semaines pour donner son accord ; il a du verser dans le même délai 250 F. d'acompte sur les frais d'études. Cet acompte n'était récupérable en cas de défection, que jusqu'au 1 / 3 / 73.

3° - L'école de Stanford est abonnée au S. C. E. M. A.. Les demandes ont donc du être déposées soit par les candidats, soit par le S. C. E. M. A. entre le 15 / 7 / 72 et le 1 / 11 / 72. 100 F. sont perçus au dépôt de la demande. Le cas échéant, l'acceptation de l'école a été transmise entre le 2 / 1 / 73 et le 1 / 3 / 73. Le candidat a disposé de deux semaines pour donner son accord. Il n'a pas eu à verser d'acompte sur les frais d'études.

Comment les choses se passent en pratique : l'école dispose donc du formulaire de demande d'inscription comprenant un curriculum vitae, de lettres de recommandation et du livret universitaire, transmis directement par le candidat ou par l'intermédiaire du S. C. E. M. A. ; du T. A. E. M. transmis par l'A. E. M. A.. Elle remet ces pièces à son jury d'admission. Ce jury est composé d'enseignants, auxquels on adjoint quelquefois des étudiants, qui vont éplucher la demande et ses annexes. Le curriculum vitae sera étudié avec soin, le livret universitaire avec

plus de soin encore. Tout est examiné : notes scientifiques et non scientifiques, collège d'origine. Ce jury tient compte du fait que la notation varie d'un collège à l'autre, et d'une chaire à l'autre dans le même collège ; que plus le programme choisi est lourd, plus des notes élevées sont difficiles à obtenir. Pour une bonne interprétation du livret, l'attention du jury se porte sur les activités extra - universitaires et les emplois à temps partiel : il sera favorablement impressionné par l'aptitude à mener de concert un emploi à temps partiel et des études sanctionnées par une bonne moyenne. Les étudiants qui ont suivi des cours de prestige ou qui ont été sélectionnés pour des sections avancées de cours normaux, ceux qui ont obtenu dès l'école secondaire des unitées de valeur du niveau du collège, seront remarqués. Le jury d'admission fait un usage très variable d'une école à l'autre du T. A. E. M., mais ce test permet dans tous les cas une interprétation plus fine des résultats universitaires et donc une décision plus éclairée. Les lettres de recommandation émanent des enseignants et des conseillers d'enseignement prémédical du collège ; elles constituent essentiellement un ensemble de remarques conclu par une appréciation. Mais tout ceci ne suffit pas au jury. La plupart des écoles restent attachées à la tradition de l'entretien : pour 1972 - 73, 95 écoles sur 110 ont eu un entretien avec plus de 90 % de leurs étudiants de 1ère année . C'est le plus souvent l'école qui ménage l'entrevue, mais ce soin est quelquefois laissé à l'étudiant. L'entretien a plusieurs buts : il permet au jury de s'assurer qu'au delà des notes, le contenu des cours du collège a été assimilé. Que le candidat présente à un degré ou à un autre les qualités requises : intégrité, sens des responsabilités, curiosité, initiative, motivation, persévérance, sens des relations humaines, autorité, maturité d'esprit, sensibilité, adaptabilité, stabilité émotionnelle, etc... Les éléments de la demande peuvent être éclaircis ; en particulier, des batteries de questions permettent au jury d'expliquer d'éventuelles discordances entre les résultats universitaires et les résultats du T. E. A. M.. L'étudiant fait plus ample connaissance avec l'école et ses membres représentatifs Si l'école ne peut accepter toutes les candidatures valables, le jury peut choisir celles qui s ' accomoderont le mieux de l'enseignement dispensé dans cette école. L'entretien ne se présente pas comme une pénible épreuve mais comme une rencontre très ouverte. L'étudiant doit s'y tenir prêt sitôt déposée sa demande.

Au terme de cette longue démarche, voici des résultats précis dan trois écoles californiennes, pour l'admission en 1ère année en 1972 - 7

	SAN FRANCISCO.		SAN DIEGO.		STANFORD.	
	candidats	admis	candidats	admis	candidats	admis
Résidents de l' Etat.	2.010	110	1.500	37	1.100	27
Non résidents de l'Etat.	990	36	1.700	18	2.550	57
Etrangers	90	00	100	1	50	2
Totaux	3.090	146 (1)	3.300	56 (2	3.700	86 (3)

(1). Tous les à étudiants ont été reçus pour un entretien ; tous également ont passé le T. A. E. M. ; 90 % sont bacheliers.

(2). Mêmes remarques qu'en (1), sauf que 97 % sont bacheliers.

(3). Tous les étudiants ont été reçus pour un entretien ; 96 % ont passé le T. A. E. M. ; 90 % sont bacheliers.

FORMATION MEDICALE.

Pour obtenir et conserver l'agrément légal, une école de médecine doit se maintenir à un haut niveau qui est contrôlé par des inspections périodiques. Toutefois, chaque école a toute latitude pour adopter le programme de son choix qui conduit dans tous les cas au doctorat.

Il n'existe donc pas de modèle de programme. Les classes varient en effectif de moins de 50 à plus de 200 étudiants.

Le rapport $\frac{\text{enseignés}}{\text{enseignants}}$ est toujours très élevé : en 1970-71, 26.504 enseignants à plein temps s'occupaient de 40.487 étudiants, ce qui donne le fantastique rapport de 1,5. A ce propos, les étudiants américains que nous avons rencontrés à Bordeaux se déclarent vivement impressionnés par les vastes connaissances du corps enseignant français. Ils soulignent le haut niveau universitaire atteint par leurs professeurs actuels, ce qui tend à montrer que l'importance numérique du corps enseignant américain est dû au moins en partie à de moins grandes exigences sur les titres.

Le cycle d'études : le cycle traditionnel, qui demeure le plus courant, consiste en 32 à 45 mois de formation. La plupart des écoles utilisent le système trimestriel ou le système semestriel (un semestre représente environ 18 semaines), avec des périodes de travail libre qui permettent la réalisation de projets spéciaux, de stages, et / ou d'occuper de brefs emplois. Mais à la rentrée 1971 - 72, 40 % des écoles avaient adopté un programme accéléré qui doit permettre à quelques - uns de leurs étudiants de recevoir le doctorat en trois années civiles. Un nombre de plus en plus grand d'écoles dévie du cycle traditionnel de quatre ans, adoptant des schémas nouveaux qui engagent tout ou partie des étudiants. Ces schémas comprennent non seulement une formation intensive mais aussi de profondes modifications de l'esprit même de l'enseignement. Alors que l'enseignement traditionnel insiste sur le contenu des matières présentées chacune comme une entité, l'enseignement nouveau introduit des corrélations sans cesse plus nombreuses entre les sciences fondamentales et la clinique, insiste sur les principes plutôt que sur les faits, sur la fonction plutôt que sur la structure, crée des ponts entre les matières et donne plus d'importance au travail libre. Cela fait deux fois que nous parlons de « travail libre » : précisons qu'on entend par là non des heures de loisirs camouflées mais un travail authentique sur un thème précis. Le travail libre à l'école peut s'assimiler aux cours optionnels au collège. Le but final de ces réformes est, nous le verrons mieux à la fin de ce travail, de former plus vite plus de médecins sans en diminuer la qualité. Les recommandations de l'A. E. M. A faites en septembre 1968 vont dans ce sens :

réviser le contenu et les méthodes, augmenter le nombre d'inscriptions et le nombre de diplômés, diversifier les connaissances et l'expérience des étudiants, individualiser les étudiants pour leur ouvrir des carrières variées, faire participer les étudiants à l'organisation de leurs études, introduire la notion de responsabilité au cours des études. Les modifications en cours sont à ce point importantes qu'il faut s'adresser à chaque école pour obtenir les renseignements la concernant. Chacune édite d'ailleurs une ou plusieurs fois par an une brochure détaillée dont beaucoup de conseillers d'enseignement prémédical gardent une collection complète consultable dans leurs locaux, au collège. Un trait caractéristique des réformes en cours est la participation en nombre significatif des étudiants aux modifications du cycle d'études. Il devient courant de voir des étudiants disposer de voix effectives au sein des commissions d'étude du cycle.

Les sciences fondamentales: les sciences fondamentales sont étudiées durant deux années universitaires dans l'enseignement traditionnel.

- En 1ère année, l'étude porte sur l'homme normal. Les horaires sont chargés : de huit heures le matin à tard dans l'après - midi, plus les heures d'étude en soirée. Le programme comprend anatomie (y compris l'anatomie du système nerveux), histologie, embryologie, biochimie, physiologie. En outre, beaucoup d'écoles ont adopté des lectures d'introduction aux sciences comportementales, et la plupart des sessions cliniques au cours desquelles sont présentés des patients dont l'affection illustre le cours. Un certain nombre d'école a rompu avec l'enseignement traditionnel pour adopter, sous forme de sections interdisciplinaires, l'enseignement intégré. L'année universitaire peut ou non présenter des divisions Un nombre croissant d'écoles donne la possibilité, en 1ère et 2ème années , d'effectuer des recherches personnelles ou de participer aux activités de médecine communautaire. Quelques écoles arrivent même à ménager d'appréciables intervalles de travail libre.

- En 2ème année, les cours vont apporter aux étudiants les bases scientifiques nécessaires à la compréhension des états pathologiques. Il s'agit pour l'essentiel de l'anatomopathologie, de la pharmacologie,

de la microbiologie, de la séméiologie, de cours sur les méthodes et les moyens de diagnostic paraclinique, d'une introduction aux spécialités cliniques.

Certaines écoles ont réduit à une année civile l'étude des sciences fondamentales en réduisant les programmes à l'essentiel.

La clinique: en troisième et quatrième années, l'étudiant va apprendre à établir une relation médecin - malade satisfaisante, à prendre une observation, à réaliser un examen clinique, à diagnostiquer les affections les plus courantes, mais aussi, au travers des principes et de la pratique, à bien se pénétrer de l'idée que le malade est un être humain à part entière. Tout cela ne peut s'acquérir qu'à l'hôpital C'est pourquoi des hôpitaux sont affiliés à chaque école, et ceci suivant trois modalités : soit l'affiliation est dominante (l'hôpital apporte l'essentiel des lits d'enseignement de l'école), soit elle est limitée (l'hôpital ne contribue que pour une faible part au nombre total des lits d'enseignement de l'école), soit enfin elle est uniquement post - doctorale (l'hôpital n'est utilisé que pour les internes et résidents qui ont fait leurs études à l'école). Pratiquement, des groupes d'étudiants effectuent par rotation des stages dans les différents services, surtout en médecine, chirurgie, pédiatrie, gynécologie - obstétrique et psychiatrie. Les étudiants ont accès à des patients hospitalisés et à des patients suivis à titre externe. L'organisation est telle dans certaines écoles que les patients peuvent être suivis depuis leur admission à l'hôpital jusqu'à leur surveillance à titre externe après leur sortie.

Le plan des études cliniques varie considérablement d'une école à l'autre. Certaines divisent l'année civile en périodes consacrées chacune à un sujet, beaucoup consacrent plusieurs périodes de la quatrième année au travail libre, que l'étudiant pourra consacrer à la recherche ou à des stages complémentaires dans des services qui l'intéressent particulièrement.

Toutes les qualités du médecin sont requises au cours des années cliniques, y compris celles attachées aux appels d'urgence et aux gardes de nuit.

Les programmes spéciaux ils sont extrêmement divers. Nous ne pouvons en donner qu'un aperçu, mais répétons qu'un nombre croissant d'écoles s'éloigne du cycle traditionnel de quatre ans pour adopter un programme spécial, qui lui est généralement propre :

- Combinaisons variées d'enseignement expérimental et d'enseignement traditionnel au collège ;

- La même chose à l'école ;

- La même chose aux deux niveaux, avec à la limite la possibilité pour de petits groupes d'étudiants soigneusement sélectionnés de suivre un programme intégrant et condensant les études du collège et celles de l'école, de telle sorte qu'il ne s'écoule que cinq à six ans entre le diplôme d'études secondaire et le doctorat ;

- Admission à l'école après trois années de collège, avec ou sans la possibilité ultérieure de passer un baccalauréat ;

- Presque toutes les écoles donnent maintenant la possibilité à certains de poursuivre un travail personnel, un programme de prestige, un projet de recherche particulier ;

- Beaucoup d'écoles offrent des périodes de travail libre de durée variable ; des bourses de recherche d'été ; la possibilité de participer aux programmes de soins aux populations rurales ou urbaines sous - médicalisées ;

- L'école ou l' Université dont elle fait partie peuvent rendre possible des études ou des recherches à l'étranger ;

- En 1971 - 72, 11 écoles (dont Stanford) donnaient la possibilité de préparer parallèlement au doctorat en médecine un doctorat en sciences fondamentales, en travaillant en collaboration avec les Instituts Nationaux de la Santé. Pour ce faire, quatre à 12 étudiants (par années d'études) orientés vers la recherche suivent un cycle particulier « double doctorat » et reçoivent un petit salaire D'autres éco-

les se contentent d'associer les deux cycles traditionnels pour conduire au double doctorat. D'autres enfin n'ont rien prévu mais sont prêtes à des arrangements particuliers. L'université de Miami a mis en place un programme particulier permettant aux docteurs en sciences fondamentales d'obtenir le doctorat en médecine en deux ans environ. Le propos d'un tel programme est de mettre le doctorat en médecine à la portée des candidats ayant une formation particulièrement solide en sciences biologiques ou physiques, entre autres les ingénieurs.

LES EXAMENS.

Outre un système ou un autre de contrôle permanent des connaissances, il existe en médecine un examen divisé en deux parties. Cet examen est placé sous la responsabilité du Bureau National des Examinateurs de Médecine (B. N. E. M.). La première partie sanctionne les études fondamentales et a donc lieu en fin de 2ème année ; la seconde partie contrôle les études cliniques et se situe en fin de 4 ème année. Devant de bons résultats universitaires et le succés à l'examen du B. N. E. M., l'étudiant en médecine reçoit en fin de 4 ème année, le titre de docteur en médecine.

LES ECHECS.

L'école et l'hôpital demandent beaucoup, mais peu d'étudiants faillent Les collèges ne diplôment que 60 % de leurs étudiants ; les écoles de médecine dépassent 90 %. Les étudiants en médecine sont ceux des étudiants qui terminent le plus, et de loin, leurs études. Ainsi, sur les 9. 479 étudiants entrés en 1ère année en 1967 - 68, 5,3 % seulement n'ont pas reçu leur diplôme.

Il existe des services conseils qui peuvent aider les à étudiants dans leurs problèmes universitaires ou personnels. Dans certains cas, un ou plusieurs cours, voire une année entière, peuvent être redou - blés. Occasionnellement et sous certaines conditions, des étudiants qui ont failli ou qui ont abandonné peuvent être réadmis.

PLAN DE FINANCEMENT

Nous nous étendrons un peu sur le financement des études à ce niveau, car elles sont coûteuses et peuvent représenter un obstacle sérieux pour les familles à revenus modestes.

Il existe des sources nombreuses et diverses d'aide matérielle auxquelles tous les étudiants en médecine peuvent valablement s'adresser.

Les dépenses dépendant d'un grand nombre de facteurs, parmi lesquels les frais d'études proprement dits, la pension et les fournitures, mais aussi le mode dans les différentes parties des Etats - Unis, le coût de la vie, les habitudes de chacun. La catégorie des frais divers varie grandement d'une école à à l'autre : voyage école - domicile plusieurs fois par an, habillement, loisirs, assurances, imprévus. Il doit être tenu compte de tout cela dans tout plan de financement.

Estimation des dépenses minima pour les étudiants entrant en 1ere année en 1973 74 (sur des données de 114 écoles dont 66 publiques et 48 privées), en francs :

	ECOLES PUBLIQUES		ECOLES PRIVEES. *	
	Fourchette	Moyenne	Fourchette	Moyenne
Inscription et frais d'études :				
Résidents de l'Etat.	1050 - 10000	4400	2600-16250	11700
Non résidents de l'Etat	2900 - 13550	9150		
Pension en cité (chambre et repas)	3500 - 17500	7700	5000-15000	8600
Livres et fournitures (microscope exclu)	500 2650	1450	900-3000	1500

* 41 demandent des frais d'études égaux aux habitants de l'Etat et à ceux qui n'y habitent pas. Le chiffre maximum de la fourchette peut être dépassé dans les écoles de grand renom.

Le microscope mérite une attention particulière du fait de son caractère obligatoire à titre individuel et de son prix. S'il peut quelquefois louer ou se faire prêter un microscope par l'école, l'étudiant doit la plupart du temps se le procurer par ses propres moyens. Neuf ou d'occasion, l'instrument doit être agréé par l'école qui exige pour le moins un microscope monoculaire à 4 objectifs, d'un modèle récent, sans défaut mécanique ou optique. Un microscope binoculaire est bien entendu recommandé. La marque importe peu ; on trouve essentiellement sur le marché américain des appareils japonais, allemands et locaux (American Optical Company et Bausch and Lomb Incorporated surtout). Les fourchettes de prix en neuf sont pour les monoculaires de 1500 à 2500 F., pour les binoculaires et 3250 à 5500 F.. En occasion, il faut compter du tiers aux deux tiers du prix neuf.

Trois exemples précis en Californie pour la rentré 1973 - 74 en 1ère année, en francs :

	SAN FRANCISCO	SAN DIEGO	STANFORD
Inscription et frais d'études			
Résidents de l'Etat.	3500	3390	14025
Non résidents de l'Etat	11000 (1)	10890(1)	14025 (2)
Pension (chambre et repas) (chiffres minima)	6500	8000	12525
Livres et fournitures (microscope exclu)	2155	2360	3600
Microscope (location)	300	300	prêt gracieux

(1). Les étudiants habitants l'Alaska, l'Idaho, le Montana ou le Wyoming et admis dans le cadre du WICHE (voir plus haut) paient les mêmes frais que les résidents de l'Etat.

(2). Remarquer que Stanford, école privée, demande les mêmes frais d'études aux résidents et aux non - résidents de l'Etat

Donnons maintenant quelques détails sur les revenus possibles :

Apports non remboursables : à ce dont nous avons déjà parlé au niveau de l'école secondaire et du collège (famille, emploi à temps partiel, etc ..), il faut ajouter une source nouvelle et plus fréquemment mise à contribution aux Etats - Unis qu'en France : les revenus du conjoint Le conjoint qui a terminé ses études peut contribuer substanciellement à aider l'autre à finir les siennes. Les emplois à temps partiel sont vigoureusement déconseillés par beaucoup d'écoles, en particulier au cours de la 1ère année., par suite du rythme intense des cours. Les emplois d'été sont par contre possible, en particulier dans les laboratoires de recherche qui, au - delà du gain, apporteront une expérience formatrice Toutefois, il ne faut pas oublier qu'il existe dans beaucoup d'écoles une tendance à superposer l'année universitaire à l'année civile, ce qui interfère fâcheusement sur les emplois d'été. Des emplois médicaux seront plus faciles à obtenir en troisième et quatrième années.

Les bourses au niveau de l'école sont accordées par l'école elle-même, par le gouvernement fédéral ou par d'autres sources.

1) *Par l'école* : il peut s'agir soit d'une bourse au sens propre, accordée pour un an et renouvelable, soit d'une remise sur les frais d'études. Ces bourses sont accordées sur la base des résultats universitaires et des besoins matériels ce dernier point seul modifiant l'importance du montant de la bourse.

2) *Par le gouvernement fédéral* : un programme de bourses pour les professions de santé a été lancé sur l'initiative du gouvernement fédéral pour fournir une aide aux étudiants qui ne pourraient, sans cela, envisager les études médicales. Il s'agit donc essentiellement d'une aide aux étudiants nécessiteux. Les renseignements concernant cette

aide sont fournis par les écoles, dont l'avis sera déterminant pour l'attribution. Ces bourses peuvent atteindre 17.500 F. par an.

Ces deux sources (école et gouvernement fédéral) ont permis d'accorder 19434 bourses totalisant 83. 260. 000 F à 44 % des 40. 487 étudiants inscrits dans 103 écoles en 1970 - 71.

3) *Par d'autres sources* : elles sont multiples ; les écoles disposent des renseignements les concernant. Citons les organisations civiques, les organisations confraternelles, les sociétés médicales de l'Etat ou du comté.

Nous donnerons comme exemples nationaux Le National Medical Fellowship Incorporated, La Joseph Collins Foundation, Le Marcus and Theresa Levie Educational Fund.

Apports remboursables : il s'agit des prêts. La plupart sont administrés par les écoles et attribués sur la base d'un niveau universitaire satisfaisant et de besoins évidents. Ils ne concernent quelquefois que les frais d'études et les fournitures, mais peuvent être utilisés le plus souvent pour les dépenses courantes (nourriture, logement, habillement, transports, entretien éventuel d'une famille). Les formulaires de demande de prêt peuvent se retirer soit au cabinet du doyen, soit auprès de l'organisme attributeur. Les données les plus importantes sont les ressources actuelles (économies, gains du demandeur et de son épouse, possibilités matérielles des parents), le budget proposé pour l'année (revenu espéré et dépenses estimées) et, le cas échéant, le détail de la famille. Si le prêt est administré par un organisme extérieur à l'école l'avis de l'école est de toute façon demandé.

1) *Par l'école* : l'école dispose de sources propres (contributions publiques, dons des anciens, fondations philantropiques, legs d'admirateurs ou d'anciens, apports du secteur secondaire) qui lui permettent de prêter à long terme et à faible taux d'interêt. Termes et taux varient beaucoup, mais le plus souvent, le remboursement est étalé sur cinq ans après le doctorat et les taux sont de 3 à 4 %.

2) *Par le gouvernement fédéral :* des fonds fédéraux administrés par les écoles constituent le programme de prêts aux étudiants des professions de santé. Pour bénéficier d'un tel prêt, l'étudiant doit être citoyen américain et ne pas avoir d'emploi à temps partiel. Il s'agit d un prêt remboursable sur 10 ans après la fin ou l'arrêt des études (avec possibilité de différé en cas d'incorporation au titre du service national, de participation au Peace Corps, d'internat puis / ou de résidence) au taux de 3 % calculé sur les sommes restant dues à compter du début du remboursement . Ce prêt est dont fort avantageux et c'est pourquoi il dépasse rarement 17 500 F. pour un cycle d'études normal.

Ces deux sources (écoles et gouvernement fédéral) ont permis d'accorder 25.783 prêts totalisant 111.060.000 F. à 56 % des 40. 487 étudiants inscrits dans 103 écoles en 1970 - 71.

3) *Par d'autres sources :*

* Essentiellement le Federally Insured Student Loan Program, dont nous avons déjà parlé au niveau du collège et sur lequel nous allons donner quelques détails : il s'agit d'un programme de prêt mis en place par le Ministère de l'Education Nationale et administré par l'Etat ou la région. L'argent est emprunté directement à une banque, une caisse d'épargne ou à n'importe quel organisme membre du programme. Les formulaires de demande de prêt peuvent se retirer soit au cabinet du doyen soit auprès des organismes membres. Un tel prêt peut atteindre 7.500 F. par an mais ne peut excéder 37.500 F pour un cycle d'étude complet. Le remboursement commence un an après la fin ou l'arrêt des études, avec possibilité de différé de trois ans ou plus en cas d'incorporation au titre du service national, de participation au Peace Corps ou au service social Vista, de poursuite d'études à plein temps. Le taux est de 7 % à compter du début du remboursement.

* Mais aussi des prêts de particuliers, d'organisations et de fondations nationales, d'Etat ou de comté, de divers groupes.

Citons comme exemples nationaux le United Student Aid Funds Incorporated, l e American Medical Association Education and Research Foundation, le Albert Strickler Memorial Fund.

Notons qu'un prêt peut faire l'objet d'une remise en tout ou en partie : en partie au cas de travail dans un ghetto par exemple, en tout devant des conditions familiales désastreuses ou des études non terminées. D'abondants détails sont fournis dans « How Medical Students Finance Their Education », publié par le U. S. Department of Health Education and Welfare, Washington, D.C.,1970.

Pour illustrer ce paragraphe sur le financement des études, nous allons demander à John SMITH, étudiant de 22 ans qui vient d'être admis en 1ère année pour 1973 - 74, de nous présenter son budget pour les quatre années d'études. Précisons qu'il est célibataire et n'envisage pas de se marier avant le doctorat. Sa famille habite Oakland, commune de conurbation de San Francisco, mais il a été accepté à l'école de Los Angeles (école publique). Ses goûts sont modestes, il est prêt à beaucoup de sacrifices pour faire ses études. Cela vaut mieux, comme nous l'allons voir :

- Inscription et frais d'études (résident de l'Etat)...	13. 620 F.
- Pension (chambre et repas pendant neuf mois chaque année, les trois autres mois se passant dans la famille).....	31. 000 F.
- Livres et fournitures.....	10. 000 F
- Microscope (achat d'un monoculaire convenable, l'école de Los Angeles ne proposant pas de location).....	2. 000 F.
- Voyages (deux allers - retours par an Oakland - Los Angeles, l'un en avion, l'autre en bus).....	4. 000 F.
- Habillement (deux vestes, quatre pantalons, trois paires de chaussures, dix chemises, quatre blouses, ...)	2. 000 F.
- Loisirs (un repas au restaurant par quinzaine et une séance de cinéma par semaine).....	3. 000 F.
- Assurance chirurgie - hospitalisation (Plan minimum Blue Cross).....	7. 000 F.
- Imprévus (1. 000 F. par an).....	4. 000 F.
TOTAL :.....	76. 620 F.

C'est donc près de huit millions d'anciens frans que John SMITH doit prévoir pour ses quatre années d'études et il s'agit là de chiffres minima Ils peuvent être raisonnablement majorés de 40 % si l'on tient compte de l'imprévision inhérente à un garçon de 22 ans et de l'augmentation du coût de la vie. Ces chiffres seront comparés avec profit aux possibilités de bourses et de prêts détaillés plus haut.

LE PROBLEME DU SURSIS.

L'étudiant mâle accepté dans une éc.ole doit demander à cette école un certificat de scolarité rédigé sur le formulaire approprié pour expédition au bureau local du service national. Ce formulaire fournira au bureau local toutes les informations souhaitables. Si l'étudiant reçoit malgré son admission un ordre d'appel sous les drapeaux, il doit se présenter dans les 15 jours qui suivent au bureau local et / ou faire appel auprès de la Cour d' Appel de l'Etat. Si en effet le bureau local à la responsabilité de l'appel sous les drapeaux, sa décision peut être l'objet d'un recours auprès de cette cour. L'étudiant est tenu dans tous les cas d'informer son bureau local des modifications qui pourraient survenir dans ses activités ou son lieu de résidence.

Il n'y a pas en règle de problème de sursis pour les étudiants en médecine dont les études suivent un cours normal. Jusqu'à l'âge de 35 ans toutefois, ces étudiantss sursitaires peuvent être incorporés dans le cas particulier où, pour des raisons de Défense Nationale, le besoin en médecins se ferait sentir. En dehors de ce cas, ils ont la possibilité d'effectuer au moins une année d'études au - delà du doctorat sans être perturbés par une intervention militaire.

Si un étudiant en médecine a été reconnu inapte au service pour des raisons médicales alors qu'il n'était pas encore étudiant en médecine, la décision peut être révisée, les profils médicaux d'aptitude étant plus larges dans le service de santé que dans l'arme.

TROISIEME CYCLE : ETUDES POST - DOCTORALES.

Le jeune docteur en médecine qui quitte l'école n'a pas encore le droit d'exercer. Il lui reste à acquérir une formation clinique qui complètera celle reçue en troisième et quatrième années. Un internat assurera cette formation complémentaire s'il souhaite exercer en tant qu'omnipraticien, une résidence sera nécessaire s'il désire s'orienter vers une spécialité. Même pour l'omnipratique, une courte résidence est toutefois souhaitable. A ce point du développement, l'Association Médicale Américaine (A.M.A.) va souvent intervenir. Disons donc tout de suite que son organe directeur est l'Assemblée des Représentants (A. R.) et son émanation pour tout ce qui concerne les questions d'enseignement le Conseil de la Formation Médicale (C. F. M.)

L'INTERNAT.

L'agrément d'un programme d'internat : comme aux autres niveaux, la notion d'agrément existe pour l'internat. Suivant des normes établies par l'A.R. de l'A. M. A., la Commission de Révision des Internats établit une liste des programmes d'internat qui doit être agréée par le C. F. M.. Ces normes sont d'ordre pratique et d'ordre éducatif. En voici l'essentiel:

- *D'ordre pratique :*

* Avoir suffisamment de malades dans chacun des principaux services : pour un hôpital général, un internat tournant (nous verrons plus loin de quoi il s'agit) n'est possible qu'à partir de 150 lits (berceaux exclus) et de 5 000 entrées par an (nouveau - nés exclus) :

* Trois au moins des quatre services principaux (médecine, chirurgie, pédiatrie gynécologie - obstétrique) doivent être représentés ;

* Il doit exister un service de consultations externes, qui pourra éventuellement être assuré par un hôpital affilié à l'hôpital en cause;

* Chaque interne doit être responsable de 15 à 25 malades ; le nombre exact est déterminé en fonction des autres tâches de l'interne (consultations externes, urgences, laboratoire, etc....). Les malades privés ne doivent pas être décomptés et l'interne ne doit d'ailleurs pas s'en occuper, même pour des opérations de routine.

- *D'ordre éducatif :*

* Un internat ne peut apporter ce que l'on attend de lui que dans ceux des hôpitaux qui considèrent comme d'importance primordiale la formation de l'interne et d'importance secondaire le bénéfice que peut retirer l'hôpital de la présence de l'interne : la fonction éducative prime la fonction de service. Il en résulte que la première ne doit pas être subordonnée à la seconde ;

* L'internat a son caractère propre : il n'est ni un prolongement de l'école, ni une première année vers la spécialité ;

* L'internat doit être organisé de telle sorte qu'il permette à l'interne de contribuer toujours davantage aux soins, d'engager de plus en plus sa responsabilité individuelle vis - à - vis des patients, d'apprécier de mieux en mieux leurs problèmes familiaux, sociaux, financiers et moraux, bref de vivre une expérience personnelle qui le sensibilise aux principe d'éthique médicale et au code de bonne conduite professionnelle.

Notons que l'affiliation d'un hôpital à une école n'est pas requise pour recevoir l'agrément d'un programme d'internat. Une telle restriction ne serait ni souhaitable ni réaliste du fait que les besoins en internats ne peuvent être satisfaits par les seuls hôpitaux affiliés. Il y a de nombreuses possibilités pour les hôpitaux non affiliés de développer des programmes d'internats, et un grand nombre d'entre eux offre la variété d'environnements éducatifs souhaités par un nombre significatif de jeunes diplômés.

Les hôpitaux agréés reçoivent de temps en temps la visite d'un représentant du C. F. M. qui vient contrôler le bon déroulement des programmes d'internat. Il met en général sa visite à profit pour évoquer avec l'administration, l'équipe médicale et autres personnels, les moyens par lesquels les déficiences peuvent être corrigées et le programme de formation amélioré.

Les hôpitaux qui ne remplissent pas les conditions minima requises pour l'agrément assurent leurs besoins de service en créant des postes rémunérés de façon adéquate, ce qui stimule puissamment les hôpitaux à remplir ces conditions.

Les buts de l'internat : l'internat, en tant que partie intégrante de la formation du médecin, a toujours été l'objet de critiques et d'études, particulièrement au cours des dernières années (nous y reviendrons plus loin). L'amélioration des stages cliniques au niveau de l'école d'une part, le développement considérable des programmes de résidence d'autre part, ont altéré la position de l'interne en tant que membre de l'équipe médicale. Lorsque l'internat devint partie intégrante de la formation du médecin, vers 1930, il était destiné à permettre au jeune diplômé ses premiers contacts avec le patient. Il ne constitue plus ce contact initial, pas plus qu'il n'est resté la démarche finale dans la formation de la plupart des médecins. Il est plutôt devenu une partie du chemin qui conduit à assurer une complète responsabilité des soins. Au cours de cette période, le jeune diplômé a la possibilité de mettre en pratique les principes de médecine préventive, de diagnostic et de thérapeutique qu'il a appris à l'école. Il peut observer ses patients, c'est généralement nouveau pour lui, 24 h. sur 24, et si l'organisation de son internat est bonne, peut les suivre de l'admission à la sortie, et même au - delà dans un service de consultations externes. Sous la supervision du personnel qualifié, il reçoit progressivement des responsabilités croissantes de façon à ce qu'il prenne confiance en son propre jugement clinique. Un programme de formation bien organisé amène inévitablement une amélioration des soins. Il n'est en aucune façon opposé à la fonction essentiellle de l'hôpital qui est d'apporter les soins les plus éclairés par un personnel médical compétent. Pour un tel programme de formation , il est essentiel que ce personnel reconnaisse ses obligations pour permettre une pleine utilisation, dans un but d'enseignement, de tous les patients,

y compris privés, qui ont à recevoir les so ins des internes. Devant la moindre réserve, l'équipe médicale ne peut prétendre à conduire un programme d'internat. Dans les hôpitaux dont l'équipe animatrice est responsable de la formation de l'interne, les services doivent être organisés de telle sorte que l'enseignement au lit du malade, les tables rondes et les conférences cliniques soient effectifs. Dans quelques hôpitaux, particulièrement ceux dans lesquels les patients privés prédominent en nombre, il n'est pratiquement pas possible d'organiser les services sur la base de la for mation. Les équipes de tels hôpitaux ne doivent pas essayer de développer de programmes d'internat . Même si elles remplissent les autres conditions, il est impossible qu'elles puissent mener à bien ces programmes. Les équipes médicales qui assurent la formation d'internes assument une grande responsabilité vis - à - vis de leurs internes, de la profession médicale prise comme un tout et des populations dans lesquelles ces jeunes médecins s'établiront plus tard. Il est bien connu que les techniques et la pratique acquises par l'interne, de même d'ailleurs que l'éthique et l'approche philosophique de la profession, persisteront toute sa vie professionnelle. Un programme d'internat ne peut être couronné de succès que dans les hôpitaux dont l'équipe médicale et le personnel administratif comprennent les principes d'une bonne formation clinique et en acceptent la pleine responsabilité.

Au cours du programme d'internat, le concept de la médecine art et vocation est inculpé. L'accent est mis sur l'étude scientifique donc objective des maladies, mais aussi sur la compréhension et l'évaluation des relations familiales du patient, de son statut économique et social, de sa place dans la communauté. C'est seulement par la compréhension des interactions entre le patient et son environnement pris comme un tout que le médecin peut atteindre à la maîtrise de son art. Ceux qui sont investis de la responsabilité de former de jeunes médecins doivent leur enseigner, par le texte et par l'exemple, l'aspect humain autant que l'aspect scientifique de la discipline médicale.

Les types d'internats : il en existe trois types :

- *Tournant sans dominante* : c'est l'internat dit « 00 », qui est le seul à pouvoir durer plus de 12 mois et jusqu'à 24 mois. Il constitue,

dans ce dernier cas, une bonne formation pour l'omnipratique. Quatre mois au moins sont passés en médecine interne.

- *Tournant avec dominante :* il en existe neuf variétés, dont la premièr, dite « 0 » peut constituer soit un tremplin rapide vers l'omnipratique, soit une période de réflexion avant de choisir une résidence. Les huit autres, numérotées de un à huit, orientent déjà vers la résidence correspondante. Toutes ont une durée de 12 mois dont quatre à huit sont passés dans un service de médecine interne.

0 - quatre à cinq mois en médecine interne, plus autres stages de deux à quatre mois.
1 - six à huit mois en médecine interne, plus autres stages supérieurs à deux mois.
2 - quatre à six mois en médecine interne, plus de quatre mois en chirurgie, plus autres stages supérieurs à deux mois.

Les internats 3, 4, 5, 6, 7, et 8 sont de même type que l'internat N° 2 (dominante chirurgie) mais les dominantes sont successivement la gynécologie - obstétrique, la pédiatrie, l'anatomopathologie, la psychiatrie, la radiologie et l'anesthésie - réanimation.

- *Direct :* il s'agit là d'un internat de 12 mois passés dans le même service et qui peut être dans certains cas décompté des années de résidence correspondante. Son choix implique le plus souvent que le jeune diplômé se destine à la spécialité en cause. Il en existe cinq variétés : médecine interne, chirurgie, pédiatrie, gynécologie - obstétrique, anatomopathologie.

Un internat commense en général un premier juillet.
Voici les places offertes et occupées dans les 896 hôpitaux offrant des programmes d'internat agréés au 1 / 7 / 70 :

TYPES D'INTERNATS	NOMBRE DE PLACES OFFERTES	% D'OCCUPATION *
Tournant sans dominante	4760	70
Tournant avec dominante	4687	65
Direct	5907	82
TOTAL	15354	75 (soit 11552 internes)

* Les hôpitaux affiliés à une école de médecine (622) ont un pourcentage d'occupation plus élevé que les hôpitaux non affiliés (274).

DEROULEMENT DE L'INTERNAT.

De la même façon qu'il avait utilisé les service du S. C. E. M. A. pour présenter plusieurs candidatures au niveau des écoles, le jeune diplômé peut utiliser ceux du Service National des Affectations aux Internats et Résidences (S. N. A. I. R.) pour obtenir l'internat qu'il souhaite. Il est même plus ou moins contraint de le faire dans la mesure où les 3.151 programmes d'internat existant dans 896 hôpitaux entre le 1 / 7 / 70 et le 1 / 7 / 71 avaient été enregistrés à plus de 98 % par le S. N. A. I. R.

Dès son arrivée à l'hôpital où il va effectuer son internat, le jeune diplômé est pris en charge par l'équipe médicale. Il est promené dans l'hôpital pour qu'il puisse se familiariser avec l'organisation administrative et professionnelle, les laboratoires, les services para - médicaux (personnel infirmier, assistantes sociales, diététiciennes,

physiothérapeutes, pharmacie). Il est présenté aux chefs de service et au directeur d'internat. Ce dernier, à temps partiel ou à plein temps suivant l'importance de l'hôpital, organise, coordonne et supervise le programme de formation. Il est aidé dans sa tâche par le collège des chefs de service qui constitue le comité interne. Le directeur d'internat n'assure pas directement l'enseignement. Cette tâche échoit à l'équipe médicale qui inclut les résidents. Il est bien entendu que les internes ne doivent pas devenir les assistants des résidents. Les chefs de service sont responsables d'une bonne répartition des tâches et de l'attention à apporter à chacun.

L'hôpital loge et nourrit ses internes, est responsable de leur santé, leur verse un petit salaire. Ces données font l'objet d'un contrat écrit qui tient compte du règlement intérieur remis à l'interne. L'hôpital met à la disposition des internes et de l'équipe médicale des locaux pour conférences, séminaires et autres activités éducatives ; du matériel tel que projecteurs, négatoscopes, tableaux. Quelques films sont utiles pour présenter ce qui n'est pas directement accessible. Le décor est planté, reste à se mettre au travail.

L'idée de base est de placer l'intérêt de l'interne au - dessus du service rendu à l'hôpital. Des stages trop brefs dans un trop grand nombre de services spécialisés dévalueraient la qualité de la formation . Chaque fois que cela est rendu possible par le type d'internat choisi, il est souhaitable de passer en médecine, en chirurgie, en gynécologie - obstétrique, en pédiatrie, en anatomopathologie, en radiologie, et jamais pour une durée inférieure à deux mois.

Enseignement au lit du malade : c'est l'essentiel. Les tournées sont quotidiennes et se font en compagnie du praticien responsable. Ce dernier ne peut et ne doit se décharger sur quiconque de cet enseignement. Les observations sont l'objet d'un soin particulier : elles doivent porter la signature de celui qui les a écrites en tout ou en partie. Les paragraphes réservés au diagnostic, à la thérapeutique et à l'évolution doivent porter mention du praticien à qui les patients ont été confiés. Ce praticien est responsable du complet et de la précision des observations, y compris celles qui ont été rédigées par l'interne. Il vérifiera

donc ces dernières, relèvera les erreurs et les omissions éventuelles. A la sortie du malade, l'interne rédigera un résumé du séjour qui sera également contrôlé. L'observation ne perd d'ailleurs pas tout son intérêt à la sortie du malade : le diagnostic y est précisé non seulement en termes médicaux courants, mais aussi selon la nomenclature off icielle des maladies et interventions (ou quelquefois selon la classification internationale des maladies). Sur cette base, les observations sont indexées et classées par une secrétaire médicale. L'indexation est triple : par noms, par diagnostics, par interventions. Lorsqu'un patient est admis à l'hôpital, les observations antérieures le concernant, y compris celles des consultations externes, sont ainsi disponibles sans perte de temps. A des fins d'étude ou de référence, ces observations permettent l'établissement de statistiques qui sont mises chaque mois à la disposition de l'équipe médicale. Un rapport annuel est en outre établi. Dans le même ordre d'idée, un périodique est rédigé par un comité de membres de l'équipe médicale ; il envisage les cas médicaux d'intérêt scientifique particulier. Ce périodique contribue à l'évaluation du potentiel d'enseignement de l'établissement.

Les conférences, tables rondes et séminaires : elles se situent en importance aussitôt après l'enseignement au lit du malade. Elles sont planifiées et préparées avec la participation effective des internes. L'anatomopathologiste et le radiologue y jouent un rôle essentiel. Pour l'anatomopathologiste, la tâche ne se limite d'ailleurs pas à participer à ces réunions. Il doit assurer un taux de nécropsies qui ne doit pas descendre en - dessous de 25 % des décés intervenus à l'hôpital, en dehors des mort - nés et des cas médico - légaux. Il doit conserver les pièces intéressantes pour constituer une collection. Il doit rédiger les résultats en double exemplaire, un pour le service, un pour l'index général. L'interne doit participer aux nécropsies et connaître la collection. La radiologue a un rôle à rapprocher de celui de l'anatomopathologiste vis - à - vis de l'interne. Il conserve tous les clichés cinq à 10 ans et les plus intéressants entrent définitivement dans la collection. Là encore, les résultats sont conservés dans le service et au niveau de l'index général.

Lectures et exposés : la bibliothèque de l'hôpital dispose d'une collection d'ouvrages généraux, de monographies, d'ouvrages de références et de revues médicales représentatives des principaux domaines cliniques.

Le bibliothécaire doit en outre rendre commode l'accés aux bibliothèques d'intérêt extérieures à l'hôpital. L'équipe médicale guide l'interne dans ses lectures. Il est chargé de préparer des exposés sur les cas de la littérature comparable à des cas hospitalisés, ou sur un sujet quelconque, au bénéfice de l'équipe toute entière. Il est évident que l'interne doit pour cela disposer de temps pour l'étude, ce qui n'est possible que dans la mesure où il n'est pas écrasé par les tâches de routine.

Les affectations successives de l'interne sont enregistrées, ainsi que les remarques des membres de l'équipe médicale qui se sont occupés de lui. Un certificat lui est remis en fin d'internat.

SALAIRE DE L'INTERNE.

Nous avons vu plus haut que les postes offerts n'étaient pas tous occupés. Pour attirer les internes, certains hôpitaux offrent des salaires excessifs, des bonus ou différents avantages de nature extra - médicale. Ces hôpitaux avouent ainsi qu'ils placent les besoins de service au - dessus de la fonction éducative. L'interne qui les choisit le regrette généralement. Le salaire de l'interne est fondé sur le fait que l'interne participe à la vie de l'hôpital. Ce salaire est très variable d'un hôpital à l'autre ; on peut l'évaluer en moyenne à 50.000 F. par an au premier juillet 1971 (pour 31 000 F. au premier juillet 1968). Un tel salaire, qui sera considéré pour le moins décent en France, n'est pas très important aux Etats - Unis. Outre ce salaire, il existe des bourses et des prêts. Citons en trois à caractère national : Medical Student and Resident Assistance Foundation, National Association of Interns, Residents and Practicing Physicians, The Helen Hay Whitney Foundation. D'amples détails sont fournis dans « Financial assistance available for graduate study in medicine », publié par l'Association of American Medical College, Evanston, Illinois, 1963.

TENDANCES ACTUELLES DE L'INTERNAT.

Autrefois, beaucoup d'internats duraient de 18 à 24 mois et fournissaient, dans les six ou 12 derniers mois, une formation comparable

à ce que l'on trouve aujourd'hui dans une 1ère année de résidence. Les certificats de qualification (spécialités) sont délivrés par des Bureaux de Spécialité, sur lesquels notre propos nous ramènera. Un certain nombre de ces Bureaux accepte les 12 derniers mois d'un internat de 24 comme une années de résidence, si ces 12 mois sont effectués dans la spécialité considérée. Mais la plupart des Bureaux ne reconnaissent que 12 mois d'internat et demandent à ce que soit effectué sous forme de résidence ce qui est au - delà. Ainsi, la plupart des hôpitaux appellent résidence ce qui est situé au - delà de la 1ère année. postdoctorale. En outre, le problème des obligations militaires, avant l'établissement du système actuel dans lequel n'est explicité aucun délai pour achever l'internat, a contribué à discréditer l'internat de deux ans. Un autre facteur de discrédit est la répugnance des jeunes diplômés à s'engager dans un internat supérieur à un an au salaire d'interne, cependant que des camarades accèdent au rang et reçoivent le salaire de résident. D'autres raisons encore ont fait que la coutume veut maintenant qu'on entre dans la résidence au - delà des 12 premiers mois post - doctoraux. Il va de soi qu'en reconnaissant cette tendance, le C. F. M. n'en admet pas pour autant que 12 mois sont suffisants pour préparer les jeunes médecins à la pratique, et la plupart d'entre eux complètent effectivement leur expérience professionnelle par une année supplémentaire au moins dans une résidence.

On voit que l'unification des années d'internat et de résidence en un tout coordonné s'imposait, Depuis 1951, différentes commissions se sont penchées sur le problème, et en décembre 1970, l'A. R. de l'A. M. A. a adopté un rapport présenté par le C. F. M.. Ce rapport définit clairement la position de l'A. M. A. sur l'internat. En voici les deux dispositions essentielles :

- Après le 1/ 7 / 71, un nouveau programme d'internat ne sera agréé que s'il apparaît à l'évidence que cet internat et les années de la résidence correspondante seront organisés en un tout unifié et coordonné.

- Après le 1/ 7 / 75, aucun programme d'internat ne sera agréé s'il n'est intégré à un programme de résidence sous forme d'un programme unifié.

Et pour s'assurer d'une part que la transition vers le programme unifié de formation post - doctorale serait bien assurée, d'autre part que le grand ensemble de la formation clinique commencée en 3ème année d'école serait entendu comme un tout, l'A. R. de l'A. M. A. prenait un certain nombre de dispositions, parmi lesquelles :

- La première année de formation suivant le doctorat sera agréée par une Commission de Révision de Résidence.

- Les Bureaux d'Etat des licences d'exercice seront avisés qu'à compter du 1 / 7 / 70 (notons l'effet rétroactif), la 1ère année. d'un programme de résidence agréé comprenant de la médecine de famille pourra être assimilée à une année d'internat.

- Les Bureaux des Spécialités tiendront compte pour la délivrance des certificats de qualification de l'expérience clinique acquise avant le doctorat.

- Les écoles envisageront de façon critique la nécessité d'une formation en quatre ans et envisageront de commencer dès la 4ème année l'enseignement actuellement post - doctoral.

- La coopération entre les écoles et les hôpitaux se renforcera pour former un plus grand nombre de médecins.

- Les programmes futurs de formation post - doctorale mettront l'accent sur l' objet de la formation, les motivations personnelles, l'aptitude à apprendre et le potentiel individuel de chaque enseigné, sans référence à la notion de durée imposée d'études.

On voit donc que, toujours dans le souci de former plus vite un plus grand nombre de médecins, l'internat se dirige vers une intégration pure et simple à une résidence.

LA RESIDENCE.

Sur beaucoup de points, et en particulier en ce qui concerne la philosophie de l'enseignement, la résidence rappelle l'internat. C'est pourquoi nous conserverons le même plan en nous attachant à préciser les éléments propres à la résidence.

L'agrément d'un programme de résidence : comme précédemment, suivant des normes établies par l'A. R. de l'A. M. A., les Commissions de Révision des Résidences établissent une liste des programmes de résidence qui doit être agréée par le C. F. M.. Si la Commission de Révision des Internats était unique, les Commissions de Révision des Résidences sont aussi nombreuses que les Bureaux des Spécialités, donc au nombre de 20, en faisant abstraction des deux Bureaux les plus récemment agréés (Immuno-allergologie et Médecine Nucléaire qui ne disposent pas encore de programme de résidence). Chaque Commission est composée par des représentants du Bureau de la Spécialité dont dépend la résidence en cause, des représentants du C. F. M. et quelquefois par des représentants de l'organisation professionnelle nationale de la spécialité. C'est le cas par exemple pour le Collège Americain des Chirurgiens, le Collège Américain des Généralistes, le Collège Américain des Gynécologues - obstétriciens, l'Académie Américaine des Pédiatres, et l'Académie Américaine des Médecins de Famille. Le secrétariat des Commissions est assuré par le Département de la Formation Post - doctorale de l'A. M. A..

Les types de résidence : Il en existe 22. Les deux supplémentaires par rapport au nombre des Commissions sont dus au fait que la Commission de neuro- psychiatrie s'occupe de deux résidences (neurologie et psychiatrie) et la Commission de médecine de famille de deux résidences également (médecine de famille et médecine générale). Sur ces 22 types de résidences, quatre se subdivisent en plusieurs variétés (pédiatrie, radiologie, psychiatrie, médecine préventive). Le tout est résumé dans le tableau suivant, qui donne en outre le nombre de places offertes et occupées dans les 1692 hôpitaux,offrant des programmes de résidence agréées au 1 / 7 / 70. Il est de plus précisé le nombre d'années minimum à passer dans la résidence considérée pour prétendre valablement au certificat de qualification dans la spécialité correspondante.

RESIDENCES.		Nbre de places offertes (toutes années)	% D'occupation	Nbre d'années minimum.
Spécialités hospitalières. (total partiel).		46005	85 % (soit 39105 résidents).	
Spécialités médicales.				
Anatomopathologie		3603	65	3/4
Anesthésie - réanimation		2046	82	2/3
Dermatologie		619	97	3
Médecine de famille		548	48	3
Médecine générale		662	40	3
Médecine interne		7920	91	3
Médecine physique et rééducation fonctionnelle		484	64	3
Neurologie		945	83	3/5
Pédiatrie	Pédiatrie	2830	92	2
	Allergies de l'enfant	105	90	2
	Cardiologie infantile	159	40	2
Psychiatrie	Psychiatrie	5024	77	3/5
	Psychiatrie infantile	621	68	2
Radiologie	Radiologie	2859	91	3
	Radiodiagnostic	362	97	3
	Radiothérapie	117	84	3
Spécialités mixtes.				
Ophtalmologie		1385	98	3
Otorhinolaryngologie		978	93	4
Spécialités chirurgicales.				
Chirurgie colique et rectale		25	80	4/5
Chirurgie générale		7221	91	3/4
Chirurgie orthopédique		2117	95	4
Chirurgie plastique		280	91	5
Chirurgie thoracique		292	93	2
Gynécologie - obstétrique		3081	86	3
Neurochirurgie		621	93	4
Urologie		1060	95	4
Spécialités non hospitalières. (total partiel).		579	42 % (soit 243 résidents).	
Médecine préventive	Médecine préventive générale	248	42	3
	Médecine aéronautique et spaciale	134	48	3
	Médecine du travail (théorique)	50	36	2
	Médecine du travail (pratique)	25	0	1
	Santé publique	122	52	2
TOTAL		46584		

Certains chiffres de ce tableau peuvent surprendre : comment peut - on préparer par exemple chirurgie thoracique en deux ans alors qu'il en faut quatre pour l'urologie ? Nous verrons plus loin que la spécialité de chirurgie thoracique s'effectue pratiquement après la chirurgie générale. Les autres discordances s'expliqueront de même.

Remarquons à nouveau que le pourcentage d'occupation est plus élevé dans les hôpitaux affiliés (les 2 / 3 en nombre) sauf dans certaines résidences (médecine générale, neurochirurgie, ophtalmologie, otorhinolaryngologie, anatomopathologie, cardiologie infantile, chirurgie colique et rectale, chirurgie thoracique) pour lesquelles il se passe le contraire.

Déroulement de la résidence : quand il envisage sa résidence, et c'est le cas du plus grand nombre, l'interne s'adresse la plupart du temps au S. N. A. I. R.. En effet, les 4.665 programmes de résidence existant dans 1.692 hôpitaux entre le 1 / 7 / 70 et le 1 / 7 / 71 avaient été enregistrés à plus de 98 % par le S. N. A. I. R. . Remarquons à ce propos que les 896 hôpitaux offrant des programmes d'internat agréés au 1 / 7 / 70 sont contenus dans les 1. 692 offrant des programmes de résidence agréés à la même date. Nous pouvons ainsi faire un petit calcul : entre le 1 / 7 / 70 et le 1 / 7 / 71, il existait 7. 123 hôpitaux totalisant 1. 615. 771 lits dont seulement 1692 totalisant 715.807 lits offraient des programmes d'internat et / ou de résidence agréés. Mais ces 715.807 lits étaient tous des lits d'enseignement. Comme nous l'avons vu, on dénombrait 11.552 internes et 39.105 résidents hospitaliers à la même époque, ce qui fait un peu moins de 14 lits par interne ou résident. On voit que ce chiffre est en dessous du plancher de 15 imposée par les règlements pour les internes. Ceci s'explique par des disparités locales et la prépondérance accordée ici ou là à d'autres tâches (les résidents des spécialités chirurgicales passent beaucoup plus de temps en salle d'opération qu'au chevet des malades par exemple).

Il existe souvent, mais non toujours, un directeur de résidence (3.374 plein temps couvrant 74 % des programmes au 1 / 7 / 70). S'il n'existe pas, les chefs de service sont responsables de la supervision du travail effectué par le résident.

Un contrat écrit est nécessaire entre l'hôpital et ses résidents. Ce contrat développera au moins les points suivants : échéance de la résidence ; salaire; repas, logement et blanchissage ; assurance responsabilité professionnelle ; assurance santé (y compris pour la famille du résident s'il y a lieu) ; congés ; gardes ; contenu de l'enseignement (y compris la durée et la séquence des affectations successives).

Suivant la spécialité choisie, le lit du malade, la salle d'opération, la salle de travail ou le laboratoire, occupent la plus grande place dans l'emploi du temps du résident. Conférences, tables rondes, séminaires, exposés et lectures ne sont toutefois pas négligés. Dans les spécialités chirurgicales, des responsabilités opératoires de plus en plus importantes sont confiées au résident au fur et à mesure qu'il progresse dans la spécialité. En fin de formation, le résident assure des interventions majeures.

Au fur et à mesure de l'élargissement de ses connaissances, le résident est amené à enseigner aux internes et au personnel infirmier ainsi qu'aux étudiants de troisième et quatrième années d'école dans les hôpitaux affiliés.

Notons à ce propos que les résidents n'ont pas à s'arroger d'attributions disciplinaires vis - à - vis des internes.

S'il est soucieux d'obtenir à terme son certificat de qualification à la spécialité, le résident doit être en mesure d'appliquer à son domaine au moins les sciences fondamentales suivantes : anatomie, bactériologie, biochimie, anatomopathologie, pharmacologie, physiologie. Il travaille donc plus particulièrement ces matières, non pas en reprenant ses cours d'école, mais sous l'angle des applications cliniques.

Les activités du résident donnent lieu à l'établissement d'un livret qui sera demandé par le Bureau de Spécialité le moment venu.

Salaire du résident : le salaire du résident est fondé sur le fait qu'il participe à la vie de l'hôpital et aux fonctions d'enseignement. Ce salaire varie d'un hôpital à l'autre et d'une année de résidence à l'autre. Voici des chiffres moyens, par an , en francs :

	1 / 7 / 68	1 / 7 / 71
1° A.	34 000	50 000
2° A.	36 500	52 500
3° A.	39 000	55 500
4° A.	42 000	58 500
5° A.	44 000	61 000

Ces chiffres ne sont pas très importants aux Etats - Unis. Un salaire complémentaire peut être obtenu en s'orientant vers une spécialité déficitaire, la psychiatrie par exemple. Le complément est alors versé par des organismes tels que le Ministère des Anciens Combattants ou le gouvernement fédéral. Un résident peut obtenir un prix pour un article d'intérêt, ou encore une bourse ou un prêt, soit à caractère général, soit s'adressant à une spécialité donnée. Les noms des organismes attributeurs cités à propos du salaire de l'interne sont également valables ici.

Nous terminerons ce développement sur l'internat et la résidence par quelques chiffres qui permettront de situer l'importance numérique des internes et résidents par rapport à l'ensemble du corps médical (au 31 / 12 / 70).

SPECIALITES	MEDECINS AU - DELA DE LA RESIDENCE	REPRESENTANT UN % DU CORPS MEDICAL DE	INTERNES RESIDENTS ET ATTACHES	REPRESENTANT UN % DE TOUS LES MEDECINS DE LA SPECIA - LITE DE
Médecine générale	57 948	17, 3	1 336	2, 3
Médecine interne	41 872	12, 5	8 965	21, 4
Chirurgie	29 761	8, 9	7 142	23, 9
Psychiatrie	21 146	6, 3	3 278	15, 5
Gynécologie - obstétrique	18 876	5, 7	2 719	14, 4
Pédiatrie	17 941	5, 4	3 456	19, 2
Radiologie	13 360	4	2 057	15, 3
Anesthésie - réanimation	10 860	3, 3	1 408	12, 9
Anatomopathologie	10 283	3, 1	2 268	22
Ophtalmologie	9 927	3	1 334	13, 4
Chirurgie orthopédique	9 620	2, 9	1 834	19
Urologie	5 795	1, 7	832	14, 3
Otorhinolaryngologie	5 409	1, 6	814	15
Autres	81 230	24, 3	13 785	16, 9
TOTAUX.	334 028	100 %	51 228	15, 3 %

OMNIPRATIQUE ET SPECIALITES.

En fin d'internat ou en fin de résidence, le jeune médecin souhaite exercer. Les conditions dans lesquelles il va y être autorisé font l'objet de ce chapitre.

L'OMNIPRATICIEN.

La licence d'exercice est délivrée par un Bureau d'Etat des licences. Les modalités sont extrêmement diverses suivant l'Etat.

Retenons l'essentiel des 55 législations en vigueur (50 Etats, District de Columbia, Zone du Canal de Panama, Guam, Puerto - Rico et les Iles Vierges) : 55 exigent un examen écrit ; 47 le succés à l'examen du B. N. E. M. et deux le succés à la seule première partie de l'examen du B. N. E. M. ; 40 soit la citoyenneté américaine, soit une déclaration d'intention de l'adopter ; 39 un internat d'un an au moins.

A l'intérieur de ces chiffres, une foule de détails dans lesquels nous n'entrerons pas différencie les législations.

LE SPECIALISTE.

Nous lui accorderons plus de place qu'à l'omnipraticien du fait du nombre important des spécialités.

Les Bureaux Américains des Spécialités : il existe aux Etats - Unis 22 Bureaux qui régissent chacun une ou plusieurs spécialités (et pour quelques uns d'entre eux une ou plusieurs sous - spécialités). Précisons d'emblée que les Bureaux sont eux - mêmes, suivant des normes établies par le C. F. M. et le Bureau Américain des Spécialités Médicales, agréés par l'A. R. de l'A. M. A..

Voici la liste de ces Bureaux, classés par ordre d'ancienneté. Nous faisons figurer les exigences de chaque Bureau pour la présentation d'une des spécialités qui dépendent de lui, ainsi que les droits perçus pour ce faire. Précisons que le candidat à un certificat de qualification doit affronter un écrit et un oral dans l'un des centres d'examen prévus.

BUREAU	ANCIENNETE	ADRESSE	Citoyenneté Américaine	Licence d'Exercice	Internat (1 an)	Résidence (en années)	Pratique ou Activités particulières (en années)	Périodes Effectuées dans des Domaines liés à la Spécialité	Droits d'Examen (en francs)
Ophtalmologie	1916	Philadelphie, Pennsylvanie		X		3	1		1 250
Otorhinolaryngologie	1924	Iowa city, Iowa			X	4			1 750
Gynécologie - obstétrique	1930	Buffalo, New York	X	X		3	2		1 125
Dermatologie	1 932	Détroit, Michigan		X	X	3	1	X	875
Pédiatrie	1933	Bryn Mawr, Pennsylvanie			X	2	2	X	875
Chirurgie orthopédique	1934	Chicago, Illinois		X	X	4		X	1 125
Neuro - psychiatrie	1934	Rochester, Minnesota		X		3/5	1/2	X	1 625
Radiologie	1934	Rochester, Minnesota	X	X	X	3	1		1 000
Urologie	1935	Marblehead, Massachussets		X	X	4	2	X	1 500
Médecine interne	1936	Philadelphie, Pennsylvanie				3		X	1 375
Anatomopathologie	1936	Tampa, Floride		X		3/4	1	X	1 000
Chirurgie	1937	Philadelphie, Pennsylvanie			X	3/4	0 à 2	X	1 500
Chirurgie plastique	1937	Saint - Louis, Missouri				5		X	1 125
Anesthésie - réanimation	1937	Hartford, Connecticut		X	X	2/3	1 à 4		1 125
Neurochirurgie	1940	Durham, Caroline du Nord		X		4	2	X	1 000
Médecine physique et rééducation fonctionnelle	1947	Rochester, Minnesota		X	X	3	2	X	1 625
Médecine préventive	1948	Columbus, Ohio		X	X	3	1	X	1 250
Chirurgie thoracique	1949	Détroit, Michigan		X	X	2		X	1 250
Chirurgie colique et rectale	1949	New Orléans, Louisiane	X	X		4/5		X	1 000
Médecine de famille	1969	Lexington, Kentucky		X		3	ou 3		1 125
Immuno - allergologie	1971	Iowa City, Iowa	STATUTS EN COURS D'ETUDE						
Médecine nucléaire	1971	Buffalo, New York	STATUTS EN COURS D'ETUDE						

Ce tableau est nécessairement incomplet, une foule de détails différenciant les 22 Bureaux les uns des autres. Nous n'avons retenu que l'essentiel.

Les spécialités : Elles sont plus nombreuses que les Bureaux (47 spécialités pour 22 Bureaux). En voici la liste exhaustive (le Bureau qui certifie pour la spécialité est précisé entre parenthèses si son nom est différent de celui de la spécialité) :

- Anatomopathologie clinique (anatomopathologie)
- Anatomopathologie du système nerveux (anatopathologie)
- Anatomopathologie générale et microbiologie médicale (anatomopathologie).
- Anatomopathologie générale (anatomopathologie)
- Anatomopathologie générale et anatomopathologie clinique (anatomopathologie)
- Anatomopathologie générale et médecine légale (anatomopathologie)
- Anatomopathologie générale et anatomopathologie du système nerveux (anatomopathologie)
- Anesthésie - réanimation
- Chirurgie
- Chirurgie colique et rectale
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique
- Chirurgie thoracique
- Chimie biologique (anatomopathologie)
- Curiethérapie (radiologie)
- Dermatologie
- Gynécologie - obstétrique
- Hématologie biologique (anatomopathologie)

- Immuno - allergologie
- Médecine de famille
- Médecine interne
- Médecine physique et rééducation fonctionnelle
- Médecine nucléaire
- Microbiologie médicale (anatomopathologie)
- Médecine légale (anatomopathologie)
- Médecine préventive générale (médecine préventive)
- Médecine du travail (médecine préventive)
- Médecine aéronautique et spaciale (médecine préventive)
- Microbiologie médicale et chimie biologique (anatomopathologie)
- Neurochirurgie
- Neurologie (neuro - psychiatrie)
- Neurologie infantile (neuro - psychiatrie)
- Neuro - psychiatrie
- Ophtalmologie
- Otorhinolaryngologie
- Pédiatrie
- Psychiatrie (neuro - psychiatrie)
- Physique médicale (radiologie)
- Radiodiagnostic (radiologie)
- Radiothérapie (radiologie)
- Radiations ionisantes (radiologie)
- Radiologie
- Radioisotopes (radiologie)
- Radioisotopes appliqués au diagnostic (radiologie)

- Radioisotopes appliqués à la thérapeutique (radiologie)
- Santé publique (médecine préventive)
- Urologie .

Un exemple unique dans cette liste : il faut être titulaire du certificat de chirurgie pour présenter celui de chirurgie thoracique.

Le Bureau d'otorhinolaryngologie peut délivrer des certificats partiels (exemple : endoscopie).

Les sous - spécialités : elles porteraient mieux le nom de super spécialités. Le candidat doit en effet être déjà certifié dans la spécialité avant de se présenter à la sous - spécialité . Elles sont au nombre de 11 et dépendent de trois Bureaux :

* Médecine interne :

  - Coeur et vaisseaux
  - Gastro entérologie
  - Pneumo - phtisiologie
  - Endocrinologie
  - Hématologie clinique
  - Maladies infectieuses
  - Néphrologie
  - Rhumatologie

* Pédiatrie :

  - Allergies de l'enfant
  - Cardiologie infantile

Ces deux sous - spécialités s'accommodent d'une certification en médecine interne.

* Neuro - psychiatrie :

  - Psychiatrie infantile.

Précisons pour conclure ce paragraphe que le libéralisme est strict aux Etats - Unis, et que de ce fait les Bureaux ne délivrent en aucune façon une autorisation d'exercer telle où telle spécialité, mais un simple certificat de qualification. Le fait de ne pas détenir ce certificat ne limite nullement les activités du praticien habilité à exercer. D'ailleurs, au 31 / 12 / 70, sur 334. 028 médecins en exercice, on ne comptait que 57. 948 omnipraticiens et 114. 492 certifiés. Il paraît donc vraisemblable que les 101. 588 autres, quelle que soit leur répartition par forme d'exercice (pratique privée, clinique, hôpital, laboratoire, armées, enseignement, fonction publique, industrie) exerçaient sur un mode ou sur un autre une spécialité.

LA FORMATION CONTINUE.

Elle a une importance considérable aux Etats - Unis. Nous allons envisager son organisation et son incidence sur le corps médical.

TESTS INDIVIDUELS D'EVALUATION DES CONNAISSANCES.

Ils existent et sont utilisés ici et là depuis des années. L'A. R. de l'A. M. A. encourage leur développement et leur utilisation. Ces tests, surtout utilisés en spécialité, permettent à chaque praticien d'apprécier ses connaissances et sa compréhension des problèmes, donc ses lacunes, par comparaison avec celles de ses confrères. Il s'agit pour lui d'évaluer ce qu'il sait, et non pas ce qu'il fait. Ces tests constituent indiscutablement une approche logique de la formation continue.

AGREMENT DES ETABLISSEMENTS.

Les établissements dans lesquels sont dispensés les cours de formation continue font l'objet d'un agrément. Ils doivent pour l'obtenir répondre aux normes adoptées par l'A. R. de l'A. M. A. sur proposition du C. F. M.. Le C. F. M. donne l'agrément final. Ces établissements, au nombre de 107 au 10 / 9 / 71, sont passés à 192 au 10 / 9 / 72. Il s'agit en effet d'établissements soucieux de présenter un maximum de garanties de sérieux aux praticiens et leur nombre est destiné à croitre dans des proportions importantes au cours des années à venir. Ces établissements sont constitués surtout, mais non exclusivement, par les écoles de médecine.

QUELQUES CHIFFRES POUR 1971 - 72.

Le C. F. M. a établi un annuaire des cours dispensés dans les établissements agréés par 798 organismes (460 écoles de médecine et hôpitaux, mais aussi sociétés médicales, sociétés de spécialistes,

écoles de Santé Publique, écoles médicales de formation continue, agences gouvernementales, etc...) dans le souci de permettre aux praticiens d'organiser sur l'année leur formation continue. Cet annuaire fait état de 2.354 cours, dont 38 % sont dispensés par des écoles et 26 % par des hôpitaux. Sur ces 2. 354 cours, 1789 (soit 76 %) récoupent huit domaines : 363 en médecine générale , 546 en médecine interne et ses branches, 301 en psychiatrie, 133 en pédiatrie, 123 en chirurgie, 118 en anatomopathologie, 103 en gynécologie - obstétrique, 102 en ophtalmologie.

Certains cours sont réservés aux omnipraticiens, d'autres aux spécialistes. Le tableau suivant résume ces données:

	NOMBRE DE COURS	% DU NOMBRE TOTAL DES COURS.
Spécialistes	623	26, 4
Omnipraticiens	220	9, 3
Les deux	1 496	63, 5
Non précisé	15	1, -
TOTAL	2 354	

MODES D'ENSEIGNEMENT.

Il en existe six :

Période bloquée : le cours est dispensé in extenso au cours d'une période bloquée dans un établissement agréé.

Courtes périodes : le cours est dispensé par chapitres au cours de périodes de une ou deux journées par semaine ou par mois pendans plusieurs semaines ou mois.

Circuits : le cours est dispensé par des enseignants effectuant un circuit au travers des Etats - Unis. Ce type de cours s'adresse essentiellement aux communautés médicales isolées.

Domicile : le cours est dispensé par correspondance, bandes magnétiques ou bandes magnétoscopiques. Cette formule paraît pleine d'avenir.

Radio - télévision - téléphone : le cours est dispensé par l'intermédiaire de l'une ou plusieurs des trois combinaisons radio - télévision, radio - téléphone, télévision - téléphone. Ce mode d'enseignement présente de nombreuses difficultés techniques.

Stages hospitaliers : le cours est dispensé dans le cadre d'une espèce de résidence dont les modalités sont définies sur une base individuelle. Cette formule séduit beaucoup de praticiens et les propositions pour l'améliorer sont nombreuses. Retenons deux suggestions souvent formulées :

* Un praticien pourrait rester à l'hôpital deux ou trois mois cependant que ses confrères s'occuperaient de son cabinet.

* Un praticien et un résident régulier pourraient échanger leurs fonctions pendant un temps donné.

Le tableau suivant permet de comparer l'importance de ces différents modes d'enseignement les uns par rapport aux autres.

MODES	NOMBRE DE COURS	% DU NOMBRE TOTAL DES COURS.
Période bloquée	1 484	63
Courtes périodes	756	32
Circuits	65	2, 3
Domicile	14	0, 6
Radio - télévision - téléphone	13	0, 6
Stages hospitaliers	5	0, 1
Divers	17	0, 7
TOTAL	2 354	

LIMITATION DU NOMBRE DE PARTICIPANTS.

Plus de 50 % des cours offerts le sont avec limitation du nombre de participants. Le tableau suivant le montre clairement :

INSCRIPTIONS LIMITEES A..... PRATICIENS	NOMBRE DE COURS	% DU NOMBRE TOTAL DES COURS.
De 1 à 5	84	3, 6
de 6 à 10	76	3, 2
de 11 à 25	265	11, 2
de 26 à 50	262	11, 1
de 51 à 100	325	13, 8
plus de 100	312	13, 2
non précisé	1 032	43, 9
TOTAL	2 354	

PARTICIPATION DU CORPS MEDICAL.

71 écoles rapportent 309.649 inscriptions à des cours de formation continue en 1971 - 72. Si l'on tient compte du fait que chaque praticien prend en moyenne deux inscriptions et que les écoles ont assuré au cours de cette période 38 % des cours, et en introduisant un facteur de minoration (défections, etc...), on peut évaluer à 350.000 le nombre de praticiens concernés par la formation continue en 1971 - 72. Il s'agit, on le voit, de la quasi totalité du corps médical américain

LA PREVOYANCE SOCIALE.

Avant de conclure cette dernière partie, nous pensons bon de donner quelques détails sur les régimes de prévoyance dont disposent les Américains. Il s'agit là, en effet, d'un sujet naturellement lié à l'exercice de la médecine. Nous en excluerons toutefois l'assurance - chômage et l'assurance - vieillesse qui ne concernent pas directement notre propos.

Les Etats - Unis ne possèdent pas de régime uniforme et centralisé de sécurité sociale au sens où nous l'entendons en France. Il s'y est par contre développé uns système extraordinairement complexe de protection sociale. La structure de ce système obéit en effet aux caractéristiques spécifiques de la société américaine, aux particularités du fédéralisme décentralisé qui régit les rapports entre les Etats de l'Union, le gouvernement fédéral et les collectivités locales. Les disparités de l'organisation s'expliquent par les dimensions du pays et la variété des traditions et des modes de vie. Beaucoup estiment que le moment de l'unicité est venu , mais pour beaucoup d'autres, la notion même d'unicité est rien moins qu'évidente. Il ne faut pas oublier que les Américains ne se sont dotés, au niveau fédéral, d'un équivalent de notre Ministère de la Santé Publique qu'en 1954. Nous allons essayer de débrouiller l'écheveau de la protection sociale en divisant la population en trois catégories : les économiquement faibles, les personnes âgées, les autres personnes.

LES ECONOMIQUEMENT FAIBLES.

Une famille de quatre personnes n'atteignant pas 1 500 F. de revenu mensuel est considérée, aux Etats - Unis, comme économiquement faible. Les membres d'une telle famille bénéficient du M E D I C A I D, programme d'assistance qui assure la gratuité des soins dispensés par des établissements hospitaliers et / ou des praticiens agréés. Un tel programme peut paraître généreux. En réalité, si l'on exclut les

personnes de plus de 65 ans (qui bénéficient, on va le voir, d'un programme d'assistance particulier), on comptait 179 millions d'habitants aux Etats - Unis en 1967. La même année, moins de six millions de personnes bénéficiaient du M E D I C A I D, soit 3 % environ de la population de moins de 65 ans. Comment croire qu'une si faible proportion de la population était en - dessous du quotient familial précisé plus haut ?

LES PERSONNES AGEES.

Il faut entendre par là les personnes de plus de 65 ans.

Il existe aux Etats - Unis une institution fédérale qui porte le nom de Sécurité Sociale. Mieux vaut toutefois éviter le terme pour éviter les confusions. Cette institution s'occupe essentiellement des problèmes de retraite et du MEDICARE , programme d'assistance médicale aux personnes âgées. Si un individu réunit à 65 ans les conditions requises pour percevoir une pension de retraite de cette institution, il commence à jouir du même coup du M E D I C A RE.

Frais d'hospitalisation : dans le cadre de ce programme particulier et suivant des modalités précises, les personnes âgées sont remboursées de leurs frais d'hospitalisation dans un établissement agréé pendant 60 jours consécutifs avec une franchise de 340 F., puis pendant 30 jours encore avec une franchise quotidienne de 85 F.. Sont également remboursés 100 jours de convalescence et 100 consultations médicales en rapport avec l'hospitalisation.

Honoraires médicaux et chirurgicaux : Moyennant une cotisation volontaire de 29 F. par mois, les bénéficiaires sont remboursés de 80 % de leurs frais médicaux et chirurgicaux avec une franchise de 250 F. par an. Précisons que les frais en cause sont évalués sur la base d'un barème M E D I C A R E et non sur la base des honoraires effectivement versés au praticien. Le nombre des consultations médicales sans rapport avec une quelconque hospitalisation est limité à 100 par an. Les médicaments ne sont remboursés que s'ils sont fournis par le médecin ou l'hôpital. On le voit, le M E D I C A R E laisse le champ libre à toutes sortes de régimes complémentaires dont nous allons évoquer quelques aspects.

AUTRES PERSONNES.

Nous entendons par là les personnes de moins de 65 ans qui ne sont pas économiquement faibles, soit la très grande majorité de la population. Ces personnes peuvent s'adresser à un nombre considérable de compagnies commerciales d'assurances spécialisées, mais nous avons préféré retenir trois groupes non commerciaux dont les deux premiers ont un caractère national et le troisième un caractère régional.

- Le groupe Blue Cross : émanation de l'Association Hospitalière Américaine, le groupe Blue Cross est une organisation à but non lucratif. Blue Cross s'occupe pour l'essentiel des frais d'hospitalisation et des honoraires du chirurgien. Le choix de l'établissement hospitalier et du praticien est libre. Le groupe offre deux plans :

* Plan minimum : pour 1 600 F. par an (tarif 1973), un couple avec un enfant bénéficie pour chacun des membres de la famille - du tiers payant pour 80 % des frais d'hospitalisation des 70 premiers jours ;

- d'un tiers payant variable, fonction de la cotation de l'intervention, pour les honoraires du chirurgien (ne peut dépasser 4 000 F).

* Plan maximum : pour 2 700 F. par an (tarif 1973), la même famille bénéficie pour chacun de ses membres :

- du tiers payant pour 100 % des frais d'hospitalisation des 180 premiers jours ;

- d'un tiers payant variable, fonction de la cotation de l'intervention, pour les honoraires du chirurgien (ne peut dépasser 5 000 F).

- Le groupe Blue Shield : créé sous l'égide d'un certain nombre d'associations médicales, le groupe Blue Shield est lié au groupe précédent et est comme lui une organisation à but non lucratif. On jugera de l'importance de Blue Cross - Blue Shield en sachant

qu'en 1967, ces deux organisations ont pris en charge près de la moitié du total des remboursements effectués par l'ensemble des assurances spécialisées. Cet engouement pour Blue Cross - Blue Shield s'explique par le fait que ces organisations opèrent sans marge bénéficiaire et ne retiennent que 4 % des cotisations au titre des frais de fonctionnement.

Blue Shield s'occupe des honoraires du médecin. Nous n'entrerons pas dans le détail, car l'Américain est surtout préoccupé par les gros frais (hospitalisation, chirurgie), peu par les dépenses médicales courantes.

- Le groupe Kaiser : la fondation médicale Kaiser a été créée par le groupe industriel Kaiser Steel. C'est également une organisation à but non lucratif qui dessert l'aire géographique de San Francisco et quelques autres villes de l'Ouest des Etats - Unis (Los Angeles, San Diego, Portland, Cleveland, Denver, Honolulu). Le groupe Kaiser ne travaille pas de la même façon que les groupes précédents : dans l'aire géographique de San Francisco, il dispose de 14 centres médicaux, dont 11 sont combinés à un hôpital, qui offrent aux assurés tous les services possibles à des taux défiant toute concurrence : consultation médicale, cinq francs. ; intervention chirurgicale, gratuite ; 150 premiers jours d'hospitalisation, gratuits ; accouchement au - delà de 10 mois d'affiliation, 300 F. ; etc.... Il en coûtera à notre famille de trois membres 2. 500 F. par an (tarif 1973).

Si les trois groupes dont nous venons de parler ont adopté le système du tiers payant, beaucoup de compagnies spécialisées assurent sur la base du remboursement. Dans l'un et l'autre cas, si l'on exclut le groupe Kaiser qui dessert une toute petite partie du territoire américain, la charge demeure lourde pour l'assuré. Toujours chez les personnes de moins de 65 ans, le total des frais médicaux s'est élevé à 1. 130 F. par personne en 1970. Le remboursement des assurances privées a atteint 350 F., celui des organisations philantropiques 20 F. Nous excluons le gouvernement dont l'action est centrée sur les économiquement faibles, le personnels militaires et leurs familles, quelques autres secteurs spéciaux de la population. Il restait donc 760 F.

à la charge de chaque particulier, soit plus de 67 % des frais engagés. Encore faut - il ajouter à cela les primes de compagnies d'assurance Dans ces conditions, on comprend que les syndicats se soient efforcés de faire participer l'employeur aux frais d'assurance. Les résultats obtenus varient avec le secteur économique considéré (par exemple, les commerçants savent que pour recruter des vendeurs, il faut leur offrir un certain nombre de garanties en matière d'assurance santé sous peine de manquer de personnel) mais ils sont souvent bons. Par exemple à Philadelphie, les ouvriers de l'industrie bénéficient à 99 % de l'assurance hospitalisation (89 % du montant des primes à la charge de l'employeur), 99 % également de l'assurance chirurgie (même proportion des primes à la charge de l'employeur), 93 % de l'assurance maladie (83 % des primes à la charge de l'employeur). Il s'agit là, précisons - le, des meilleurs chiffres. A l'autre extrême, pour une assurance combinée Blue Cross - Blue Shield, l'Etat de Pennsylvanie n'assure le paiement que de 13 % du montant des primes de ses fonctionnaires. Notons pour terminer que l'affiliation d'un salarié, sauf si une convention collective en dispose autrement, est volontaire.

CONCLUSION.

Ce vaste tour d'horizon de la formation médicale aux Etats-Unis nous permet d'affirmer que la qualité de l'enseignement y est exceptionnelle, et ceci pour trois raisons essentielles :

Le nombre limité d'étudiants : les étudiants en médecine étaient, en 1970-71, 101.892 en France pour 40.487 aux Etats - Unis, pays quatre fois plus peuplé que le nôtre.

Le nombre considérable d'enseignants : le nombre des enseignants en médecine est passé de 1964 à 1970 de 15 à 9 pour 100 étudiants en France, cependant qu'il passait de 48 à 66 pour 100 étudiants aux Etats - Unis. L'enseignement est en effet considéré aux Etats - Unis comme une activité noble et malheureusement comme une activité mineure dans notre pays.

L'importance des installations et des équipements pédagogiques : disons simplement que pour les seuls frais de fonctionnement (ce qui exclut donc la construction, l'aide aux étudiants, etc...), les Etats - Unis ont dépensé pour 95 écoles en 1970 - 71 près de neuf milliards (de nouveaux francs, bien entendu). Ce chiffre fabuleux donne à penser. Il est bien évident que la mise en œuvre de tels moyens, si l'on exclut les soins dispensés aux économiquement faibles et dans une certaine mesure aux personnes âgées, débouche sur une médecine de luxe, donc sur une médecine coûteuse. Nous donnerons quelques chiffres après avoir précisé la tendance. Soucieux d'assurer une permanence des soins, mais aussi de perfectionner ses connaissances et d'avoir le temps de vivre, le médecin américain préfère travailler en groupe. Certains cabinets de groupe atteignent 20 médecins. De tels cabinets fonctionnent sur le modèle d'un bureau : personnel infirmier et secrétariat (sur un exemple que nous connaissons, pour 17 médecins, une quinzaine de personnes), heures d'ouverture précises (généralement de 9 h. à 17 h. 30), semaine de cinq jours (fermeture samedis, dimanches et jours fériés).

Les chiffres qui suivent ont été recueillis en Californie.

Le tarif d'une consultation est de l'ordre de 50 F. pour un omnipraticien, de 100 F. pour un spécialiste. Les visites sont tout à fait inhabituelles, d'une part parce que le médecin les considère comme généralement injustifiées, d'autre part parce que le patient se révèle raisonnable à cet égard. Les tarifs l'y incitent : en moyenne 125 F. pour un omnipraticien , 250 F. pour un spécialiste. Encore faut - il ajouter différentes majorations qui interviennent non seulement pour les examens radiologiques et de laboratoire, mais aussi pour toute injection, pour un examen plus détaillé que strictement nécessaire (un examen pelvien par exemple), pour le temps d'examen, s'il apparaît excessif au praticien. Le temps est le bien le plus précieux du médecin américain. On nous a rapporté qu'un omnipraticien a demandé en 1968, 90 F. pour la rédaction, sans examen, d'un certificat médical d'aptitude à un emploi administratif. Simplement parce qu'il estimait fastidieuse la rédaction d'un tel certificat. Les frais d'hospitalisation sont prohibitifs : de l'ordre de 750 F. par jour dans un bon hôpital et dans un service non spécialisé, tout compris sauf les honoraires du chirurgien, de son assistant etde l'anesthésiste s'il y a intervention. Prenons un exemple concret qui nous a été rapporté. L'action se passe en Californie toujours, en 1971. Une jeune femme, bénéficiant de tarifs préférentiels car étudiante, est enceinte. Elle se présente à la consultation d'un obstétricien qui lui demande un forfait de 1. 400 F. Pour les examens des quatrième , sixième, huitième mois, trois examens au cours du neuvième mois et l'accouchement. Le moment venu, elle se présente dans une maternité de catégorie moyenne (chambre à quatres lits, un téléviseur par étage, ...) qui lui facture 250 F. par jour pour la salle de travail, 250 F. par jour pour l'hotellerie, 100 F. par jour pour la pouponnière, plus un supplément pour les injections reçues, les pansements, etc... Elle a la chance de ne pas avoir besoin d'anesthésiste et réduit à trois jours (dont un jour de travail) le délai d'hospitalisation. Sa grossesse et l'accouchement lui sont revenus près de 3. 000 F., entièrement à sa charge (elle n'était pas assurée). Etant donné ces tarifs, beaucoup de femmes accouchent le matin et sortent l'après midi, ph énomène totalement inconnu en France.

Il résulte de tels usages une exigence et même une agressivité particulière des patients. Ils n'aiment pas les appartements ou maisons individuelles à usage mixte (cabinet + domicile), ils exigent des ren-

dez - vous précis, ils apprécient le luxe des locaux de réception, ils approuvent les cabinets de groupe dans la mesure où on ne les oriente pas sans cesse vers de nouveaux médecins, ils attendent du médecin non seulement un diagnostic et des soins mais aussi d'interminables explications sur leur état, les drogues qui leur sont prescrites, des conseils de diététique, d'hygiène, de psychologie infantile, de psychologie du couple. Les patients américains sont revendicateurs. Si la moindre faute professionnelle est commise, ils attaquent leur médecin en justice. En Californie particulièrement, les magistrats admettent volontiers la faute professionnelle et condamnent les praticiens à de lourdes réparations. Les assurances professionnelles pratiquent des tarifs en rapport : de l'ordre de 7. 500 F. par an pour un omnipraticien, de 35. 000 F par an pour un anesthésiste ou un chirurgien plastique.

Ceci dit, le médecin américain n'est pas à plaindre. Un omnipraticien qui travaille normalement réalise un chiffre d'affaires annuel de l'ordre de 350. 000 F. environ, ce qui lui laisse un net de 170. 000 F. environ après paiement des impôts fédéraux, d'Etat et municipaux, des assurances professionnelles et du personnel.

LA SELECTION EN MEDECINE AUX ETATS - UNIS.

NIVEAU DE LA SELECTION.

D'une façon générale, dans le monde étudiant, la sélection est ressentie comme une injustice. Il n'entre pas dans notre propos de débattre de cette notion. Simplement, nous constatons que la sélection existe et nous nous proposons d'en montrer les effets et d'essayer d'en dégager les causes aux Etats - Unis.

La sélection se fait en France au cours des premières années d'études. Il en résulte au cours de ces premières années un taux d'échecs élevé qui amène les étudiants collés à une réorientation. Il y a donc pour ceux - là perte de temps, mais en contrepartie, chacun a pu tenter de faire ses preuves. Pourquoi en effet un étudiant médiocre dans le secondaire ne se révèlerait - il pas brillant en médecine, si c'est là sa voie ?

Les Américains sont avant tout pragmatiques et partant, soucieux d'éviter des pertes de temps toujours considérées comme des pertes d'argent. Ils ont donc situé la sélection, pour l'essentiel, au niveau de l'admission à l'école. Et nous avons vu, en effet, que procéder à une sélection à ce niveau permettait de réduire à un chiffre ridiculement bas le taux d'échecs.

LES MOYENS DE SELECTION.

Nous avons longuement évoqué au cours de la première partie le chemin qui conduit l'étudiant du collège à l'école. Chacune des étapes de ce chemin constitue un moyen de sélection. Tous ces moyens ne nous apparaissent pas d'égale valeur. Les données soumises à l'appréciation des jurys d'admission sont en effet de trois catégories : matérielles, objectives et subjectives.

DONNEES MATERIELLES.

Nous avons chiffré plus haut le coût des études médicales proprement dites aux Etats - Unis. La nécessité de se procurer de telles sommes peut indiscutablement constituer un élément de sélection pour un certain nombre.

D'autre part, le lieu de résidence peut représenter un obstacle étant donné la majoration des frais qu'il entraine (frais d'études et frais de déplacement).

Ces données matérielles constituent presque une présélection, qui n'est certainement pas de la meilleure qualité.

DONNEES OBJECTIVES.

Il ne nous en apparaît que deux : les résultats universitaires obtenus au collège (moyenne générale et unités de valeurs) et ceux du Test d' Admissibilité aux Etudes Médicales. Sans doute les jurys d'admission accordent - ils une grande importance à ces résultats, mais pour les candidats aux résultats moyens, qui sont bien évidemment la majorité, les données subjectives vont décider.

DONNEES SUBJECTIVES.

Elles sont les plus nombreuses ; nous en distinguons cinq.

L'âge : on pourra s'étonner de voir figurer l'âge dans ce paragraphe. Pour notre part, nous considèrerons que réserver à une certaine tranche d'âge certaines activités constitue une atteinte à la liberté individuelle. Des personnes âgées se présentent chaque année en France au baccalauréat et rien ne s'oppose à ce qu'elles s'inscrivent en médecine ou ailleurs en cas de succés. Nous sommes attachés à cette formule.

Le curriculum vitae : les jurys attachent une importance essentielle au collège d'origine de l'étudiant, et même dans une certaine mesure à son école secondaire.

S'il importe peu en France d'avoir préparé le baccalauréat ici ou là, il est grandement souhaitable aux Etats - Unis de provenir d'un collège renommé. Un grand nom peut servire de passe - droit. Un étudiant qui a obtenu à Yale ou à Harvard son baccalauréat peut se permettre, sans perdre toutes ses chances, un « C » de moyenne générale.

Sans qu'il en soit officiellement question et selon les établissements, le curriculum vitae est également examiné sous l'angle de la race de la religion, du sexe, de la couleur, des origines nationales.

Les lettres de recommandation : rédigées par les enseignants et les conseillers d'enseignement prémédical du collège, elles donnent aux jurys d'admission une appréciation sur l'étudiant. Il nous paraît que le népotisme est peu répandu aux Etats - Unis, mais pour un esprit français, les lettres de recommandation, comme les lettres de cachet, s'obstinent à sentir le soufre.

L'entretien : au sommet de l'édifice de la sélection, l'entretien permet de conclure l'étude du dossier. Il rend possible en fait une véritable cooptation.

La stratégie des candidatures : selon qu'il soit bien ou peu informé de ce qui se passe dans les écoles, l'étudiant a plus ou moins de chances d'y être admis. La tendance change d'une année à l'autre ; telle école très sollicitée une année peut l'être moins l'année suivante, ou le contraire ; de nouvelles écoles ouvrent leurs portes chaque année ; etc....Avec une information complète, l'étudiant pourra développer une véritable stratégie des candidatures.

LES CONSEQUENCES DE LA SELECTION.

La sévérité de la sélection a conduit les Etats - Unis à manquer de médecins. En effet, au 31 / 12 / 70, les Etats - Unis comptaient 334. 028 médecins pour 204. 765. 000 habitants, soit une densité légèrement supérieure à 162 médecins pour 100. 000 habitants. Mais ce chiffre qui peut paraître suffisant, doit être éclairé par trois faits importants :

- Sur le nombre total des médecins, 60 % seulement exercent en clientèle privée et la tendance est régulièrement à la baisse ;

- 90 % des médecins sont installés en ville ;

- La répartition des médecins est hétérogène (plus de 31 % dans le Nord - Est pour moins de 19 % dans l'Ouest, par exemple).

Il y a donc pénurie relative de médecins, pénurie qui pouvait être compensée par trois moyens, tous mis en oeuvre : accroissement du nombre d'étudiants, accroissement du nombre d'écoles, recours aux diplômés à l'étranger. Nous allons envisager ces troix conséquences de la sélection, et nous terminerons ce chapitre par une quatrième conséquence : les étudiants en médecine américains à l'étranger.

ACCROISSEMENT DU NOMBRE DES ETUDIANTS ET DU NOMBRE D'ECOLES

Tout au long de la p remière partie, nous avons vu combien les organismes officiels se souciaient de former plus vite un plus grand nombre de médecins. De fait, depuis des années, des objectifs audacieux sont fixés. En octobre 1970, le rapport de la Commission Carnegie sur l'enseignement supérieur concluait, entre autre, à la nécessité d'accélérer la formation médicale par un enseignement plus efficace et une augmentation de 50 % du nombre des admissions dans les écoles. En octobre 1970, également, l'A. E. M. A. souhaitait que

soient atteintes les 15. 000 places de première année (11. 800 à la publication du projet) pour le bicentenaire des Etats - Unis (1976). L'association proposait pour atteindre ce chiffre un double mécanisme : développer 12 écoles nouvelles (103 à la publication du projet) et augmenter les effectifs des écoles existantes de 15 nouvelles places de première année au minimum chacune, jusqu'à atteindre 2. 000 places nouvelles. Dans le cas où 15. 078 étudiants s'incriraient en première année en 1974 - 75, et où ce niveau serait maintenu jusqu'en 1979 - 80, l'A. E. M. A. évaluait le coût de ce projet à 3, 2 milliards de francs d'investissement et 16, 6 milliards de francs de frais de fonctionnement. Il s'agit donc d'un projet cher, difficile à concrétiser et long à mettre en oeuvre. Toutefois, il est en bonne voie en ce qui concerne l'augmentation du nombre des écoles : 114 offriront des places de premières année. à la rentrée 1973 - 74. En ce qui concerne l'augmentation du nombre de places, si l'intérêt national passe bien par une expansion des diplômes, celui de la plupart des écoles actuellement en service est parfaitement contradictoire. La majorité d'entre elles ont en effet un effectif assez réduit dont l'augmentation ne présenterait guère que des inconvénients : baisse de la renommée (objet de tous les soins des établissements américains), nécessité de l'augmentation du corps enseignant (toujours très important), perte d'un certain contrôle de la part des autorités locales, etc... Les objectifs définis en 1959 (11. 000 nouveaux diplômés par an en 1975), malgré des recommandations renouvelées et une incitation financière surtout importante depuis 1963, ne seront pas atteints : le chiffre ne dépassera pas 9. 500.

RECOURS AUX DIPLOMES DE L'ETRANGER.

En ce qui concerne l'admission des étrangers dans les écoles américaines, les Etats - Unis tendent à la fermeture des frontières (583 étudiants étrangers sur 40. 487 étudiants inscrits en 1970 - 71). Par contre, les portes s'ouvrent largement pour pourvoir les postes hospitaliers post - doctoraux. Nous avons vu que beaucoup de ces postes restent inoccupés. Si les diplômés à l'étranger n'étaient pas là, le nombre des postes vacants atteindraient la côte d'alerte. Jugeons - en plutôt : en

novembre 1971, on estimait à 3. 339 internes, 12. 943 résidents, et 3. 331 attachés d'enseignement et / ou de recherche, les diplômés à l'étranger sur moins de 59. 000 postes occupés. Plus de 33 % des hospitaliers à ce niveau sont donc diplômés à l'étranger. Pour les internats, 43 % des postes occupés dans les internats tournants sans dominante le sont par des étrangers. Pour les résidences, on atteint 69 % en médecine générale, 62 % en médecine physique et rééducation fonctionnelle, 54 % en anatomopathologie, 52 % en anesthésie - réanimation,... Pour les postes d'attachés, c'est 67 % en radiothérapie, 60 % en gynécologie - obstétrique, 56 % en anesthésie - réanimation, 55 % en chirurgie thoracique, ... Que résulte - t - il de cet état de chose ? Environ 7. 000 diplômés à l'étranger arrivent aux Etats - Unis chaque année, près de 1. 500 y restent en fin d'internat ou de résidence. Ils constituent jusqu'à 20 % des nouvelles licences d'exercice. Au bout du compte, c'est 20 % du corps médical exerçant dans le privé qui a été diplômé à l'étranger ! Devant de tels chiffres, nous nous sommes demandés quelle était l'origine des diplômés à l'étranger, et nous avons recueilli les résultats suivants (au 31 / 12 / 70):

ORIGINE	INTERNES	RESIDENTS	TOTAUX	PRINCIPAUX PAYS (par ordre d'importance numérique décroissante).
Afrique	116	317	433	Egypte.
Amériques	486	2147	2633	Mexique, Argentine, Colombie, Cuba, Pérou.
Asie	1669	9077	10743	Philippines, Inde, Corée du Sud, Thaïlande, Iran.
Europe (Iles Britaniques comprises).	591	2208	2799	Espagne, Allemagne Fédérale Italie, Irlande, Suède.
Océanie	11	101	112	Australie
TOTAUX	2873	13.850	16.723	

Ces chiffres seront comparés avec les 170 internes et 462 résidents noirs américains, les 724 internes et 1. 778 résidentes femmes américaines, présents dans les hôpitaux à la même époque.

Et nous avons établi un classement des 11 principaux pays concernés par le mouvement vers les Etats - Unis:

RANG ET PAYS	NOMBRE D'INTERNES, RESIDENTS ET ATTACHES.	% DU TOTAL DES DIPLOMES A L'ETRANGER.
1 - Philippines	3 003	17, 8
2 - Inde	2 525	15
3 - Corée du sud	1 309	7, 8
4 - Thailande	837	4, 9
5 - Iran	762	4, 5
6 - Formose	627	3, 7
7 - Pakistan	519	3
8 - Espagne	477	2, 8
9 - Allemagne Fédérale	419	2, 4
10 - Mexique	414	2, 4
11 - Argentine	413	2, 4
TOTAUX	11 305	66, 7

Dans un classement de 80 pays dont le dernier est Surinam, la France se situe à la 48° place avec 12 internes et 46 résidents.

Les diplômés à l'étranger doivent satisfaire à l'examen de l'Inspection des Diplômes en Médecine Décernés à l'Etranger (I. D. E. M. D. E.) pour pouvoir occuper un poste d'interne ou de résident. N ous reviendrons plus loin sur cet organisme.

LES AMERICAINS A L'ETRANGER.

Nous avons été étonnés de l'importance de ce mouvement. Pour 1972 - 73, dans la seule université de BORDEAUX - II, on trouve 16 jeunes Américains qui n'ont pu effectuer des études médicales dans leur pays. Tous remplissent pourtant les conditions requises pour l'admission dans une école de médecine. Ils ont été les victimes d'un numerus clausus particulièrement restrictif. Au total, c'est 3. 368 Américains qui étudiaient à l'étranger en 1969 - 70, soit une augmentation de 28 % par rapport à l'année précédente. L'augmentation du nombre des inscriptions à l'étranger depuis est supérieure à 500 par an.

Les pays dont l'Anglais est la langue maternelle n'admettent généralement pas les étrangers. Il y a peu de places aux Pays - Bas, en Belgique, en Allemagne Fédérale et en France. Le plus grand nombre des étudiants qui s'expatrient s'oriente donc vers le Mexique, l'Italie et l'Espagne. Les facultés de médecine de Guadalajara, au Mexique, et de Bologne, en Italie, accueillent plus de 50 % de ces étudiants. Les frais y sont élevés, de l'ordre de 30. 000 F. par an à Guadalajara. Malheureusement pour les étudiants, la formation assurée au Mexique, en Italie ou en Espagne ne permet que de rares succés à l'examen du I. D. E. M. D. E., comparés à ceux obtenus après des études aux Pays - Bas, en Belgique, en Allemagne Fédérale, en France ou en Royaume - Uni.

Les étudiants américains peuvent se procurer une documentation sur l'école qu'ils envisagent soit auprès de l'attaché culturel de l'Ambassade du pays concerné, soit en écrivant directement au secrétariat de cette école, soit encore en consultant le World Directory of Medical

Schools, publié par la World Health Organization, Washigton, D.C., 1972. On lui demandera le plus souvent un baccalauréat, une certaine connaissance de la langue, quelquefois le T. A. E .M. . Au minimum, on se contentera du livret universitaire. Souvent, le baccalauréat sera assimilé à un diplôme de fin d'études secondaires et cinq à sept ans seront nécessaires pour obtenir le doctorat. Par la suite, en règle générale, le jeune médecin diplômé à l'étranger devra satisfaire aux exigences requises par le I. D. E. M. D. E. pour le pays en cause pour s'inscrire à l'examen de contrôle, puis réussir à cet examen.

Nous allons voir comment l'étudiant américain à l'étranger peut obtenir son tranfert aux Etats - Unis en cours d'études, ou à défaut comment il peut envisager une carrière aux Etats - Unis en fin d'études.

Transfert en cours d'études : il existe un service de transferts mis en place par l'A. E. M. A. et le B. N. E. M. qui s'occupe exclusivement de ce problème et uniquement pour les étudiants américains à l'étranger. Moyennant un droit de 50 F., ce service communique à l'étudiant demandeur la liste des écoles américaines intéressées par les transferts. Il contrôle ensuite l'inscription et le niveau d'études atteint par l'étudiant dans l'école étrangère, laquelle doit être répertoriée dans le World Directory of Medical Schools pour être prise en considération. Il établit enfin la liste des étudiants qui réunissent les conditions requises. L'ensemble de ces opérations a lieu sensiblement au moment où l'étudiant a terminé ses études fondamentales dans l'école étrangère.

Les étudiants retenus par le service des transferts peuvent alors s'inscrire à la première partie de l'examen du B. N. E. M. . Nous avons déjà parlé de cet examen à propos du cycle normal des études aux Etats - Unis ; ici, il n'a qu'une valeur de test. Il comprend anatomie, anatomopathologie, physiologie, microbiologie, biochimie, pharmacologie et sciences comportementales. Il dure deux jours et se déroule soit dans un centre américain, soit dans un centre étranger. Les résultats sont transmis à chaque étudiant candidat, aux écoles abonnées au service des transferts et aux écoles non abonnées qui en font la demande. La conclusion pratique du transfert appartient alors à l'étudiant. Le transfert en cours d'études d'une école étrangère dans une

école américaine représente bien entendu un idéal pour beaucoup d'étudiants américains à l'étranger. Peu sont malheureusement bénéficiaires du système : 139 seulement en 1970 - 71.

Retour aux Etats - Unis en fin d'études : les jeunes américains diplômés à l'étranger ne peuvent pratiquer dans leur pays que s'ils y effectuent d'abord un internat puis / ou une résidence. Il existe théoriquement pour eux 4 moyens d'accéder aux études postdoctorales :

1 - Soit subir avec succès les épreuves de l'examen de contrôle du I. D. E. M. D. E. ;

2 - Soit obtenir l'autorisation d'exercer dans l'un des Etats de l'Union ;

3 - Soit réunir les exigences requises par le I. D. E. M. D. E. pour subir son examen de contrôle et subir avec succès les épreuves d'un examen d'autorisation d'exercice dans l'un des Etats de l'Union ;

4 - Soit enfin, et seulement dans le cas où les études prémédicales ont été effectuées dans un collège américain avec des résultats suffisants pour être admis dans une école américaine (cas typique des victimes du numerus clausus):

. avoir terminé à l'étranger la seule partie théorique des études ;

. subir avec succès les épreuves d'un examen agréé par le C. F. M. (examen de contrôle du I. D. E. M. D. E. , première partie de l'examen du B. N. E. M., examen du Bureau Fédéral des licences) ;

. effectuer une année universitaire en milieu hospitalier, supervisée par une école américaine.

Le point deux est une simple disposition de principe, l'autorisation d'exercer dépendant précisément de l'accomplissement d'au moins un internat.

Le point trois ne répond qu'à des cas particuliers : on ne voit pas pourquoi en effet un étudiant réunissant les conditions requises pour l'examen du I. D. E. M. D. E. en subirait un autre.

Le point quatre résulte de dispositions prises par le C. F. M. en juin 1971 dans le souci évident de récupérer dès que possible des nationaux américains qui ne menacent plus d'alourdir les effectifs des écoles. Toutefois, cette option n'est pas encore rodée.

Reste le point un qui demeure l'option de loin la plus utilisée. Nous donnerons donc quelques édétails : le candidat à l'examen du I. D. E. M. D. E. doit remplir les conditions universitaires fixées pour le pays en cause. L'examen consiste en 360 questions à choix multiple dont la matière est fournie partiellement par la première partie de l'examen du B. N. E. M., essentiellement par la seconde partie de cet examen. Ce sont les résultats obtenus par les étudiants américains aux Etats - Unis qui fixe la note plancher de l'examen du I. D. E. M. D. E., la « barre ». L'examen du I. D. E. M. D. E. se déroule deux fois l'an, en mai et en septembre, dans de très nombreux centres répartis dans le monde entier.

Les diplômés à l'étranger qui subissent avec succès les épreuves de l'examen du I. D. E. M. D. E. peuvent utiliser les services du S. N. A. I. R.. Ils doivent théoriquement s'adresser à ce service avant le 31 octobre de chaque année, mais des accommodements sont souvent possibles.

CONCLUSION.

Sans doute le souci de maintenir un niveau élevé est - il une des causes de la sévérité de la sélection aux Etats - Unis. Nos lectures et nos contacts ne nous ont toutefois pas convaincu que c'était là l'essentiel. Nous avons en effet rencontré partout un organisme ubiquitaire : l'Association Médicale Américaine. L'A. M. A., outre son Assemblée des Représentants et son Conseil de la Formation Médicale, dispose d'une multitude de départements divisés en services, de commissions et de sous - commissions. Les départements couvrent toutes les activités médicales : Undergraduate Medical Education, Graduate Medical Education, Continuing Medical Education, Insurance and Practice Management, Survey and Research, Circulation and Records, International Medicine, etc... L'A. M. A. touche à tout : elle agréée, peut retirer son agrément, surveille, contrôle, oriente. Son pouvoir est considérable et connu même du grand public. L'A. M. A. ne peut se comparer à notre Ordre ; elle est avant tout une organisation corporative de défense d'intérêts. Elle constitue aux Etats - Unis un de ces « lobbies » qui influence des choix nationaux, au niveau le plus élevé. Un médecin parisien chargé de cours au Pacific Medical Center déclarait récemment au micro de France Inter que l'A. M. A. était opposée à l'amélioration du régime de prévoyance sociale. C'est un exemple des activités de l'A. M. A.. Le propos est évident : les revenus des médecins demeurent très élevés aux Etats - Unis et l'A. M. A. tient à ce que cela dure. Nous pensons pour notre part qu'il faut voir là la cause profonde de la sévérité de la sélection

CONCLUSION GENERALE.

Nous venons de mettre l'A. M. A. en cause dans le processus de sélection. Pour permettre d'en sentir la nature et d'en comprendre les buts, un rappel de l'histoire de cet organisme s'impose en conclusion.

L'histoire de l'A. M. A. est l'histoire d'une longue lutte contre toutes les tentatives des pouvoirs publics tendant à instituer une forme ou une autre d'assurance santé individuelle obligatoire.

Créée en 1847 sur l'initiative de la Société Médicale de l'Etat de New - York, l'A. M. A. se révèle tout de suite pleine d'arrogance. Son premier président, le Dr. CHAPMAN, déclare en 1848 : « Nous ne voulons pas, et nous ne condescendrons pas à accepter, une quelconque assistance extérieure ». L'association se dote en 1901 d'une Assemblée des Représentants, organe de décision composé de médecins le plus souvent conservateurs, ayant manifesté un intérêt militant en matière de politique médicale. Moins représentative, l'A. R. est plus cohérente et plus efficace que l'ancienne Assemblée Générale. En 1910, l'A. M. A. s'adjoint un nombre considérable de commissions, de bureaux et de conseils pour étudier et traiter chaque problème particulier. L'Association distingue - et encore aujourd'hui - santé publique et santé privée. En peu de mots, voici son point de vue : la santé publique concerne les masses ; il s'agit de médecine préventive, et la responsabilité des pouvoirs publics est engagée. La santé privée concerne l'individu ; il s'agit de médecine curative, et les pouvoirs publics n'ont pas à s'en mêler. L'A. M. A. abandonne toutefois les indigents aux pouvoirs publics.

En 1919, les hostilités sont ouvertes par l'éviction de l'A. M. A. de ses membres influents les plus favorables à l'étude d'une assurance santé obligatoire. L'Association pour une Législation du Travail, jusque là courtoisement traitée, est qualifiée « d'organisation bolchevique ». En 1920, l'A. R. adopte la résolution suivant : « L' A. M. A. déclare son opposition à l'institution d'un quelconque système d'assurance santé à caractère obligatoire qui soit inové, controlé ou réglé par le gouvernement fédéral. » En 1922, devant une tentative des pouvoirs publics pour précisément inover en matière d'assurance santé,

la résolution suivante vient combler les lacunes de celle de 1920 : «L'A. M. A. déclare son opposition à toutes les formes de médecine étatique par suite du coup définitif qui serait porté au bien public par une telle forme de médecine. La médecine étatique est définie comme toute forme de médecine inovée, conduite, contrôlé ou financièrement soutenue par le gouvernement fédéral, les gouvernements des Etats ou les municipalités . » Ainsi, en 1922, l'A. M. A. devient une « organisation partisane, fonctionnant à la fois comme une guilde médiévale et un syndicat moderne ». L'assurance volontaire n'est pas explicitement attaquée, mais elle semble non souhaitée. En 1938, l'A. R. déclare qu'une telle assurance doit être limitée aux seuls soins hospitaliers et ne peut donc comprendre tous les soins médicaux. Dans l'esprit de l'A. R., il ne saurait y avoir de tiers entre le patient et son médecin. C'en est trop. Une réaction des pouvoirs publics s'impose. Elle vient sous la forme d'une déclaration de l'attorney général ARNOLD (« La médecine organisée n'a pas le droit d'étendre ses nécessaires pouvoirs sur l'exercice de la profession au pouvoir de contrôle des méthodes de paiement. Ceci met en cause la liberté économique, le bien-être de chacun et les droits individuels des médecins ».) et d'une convocation devant les tribunaux. Le tout sans autre résultat que l'opinion émise par la Cour d'Appel du District de Columbia : « La profession médicale est exercée comme un commerce ».

En 1943, quelques membres du Congrés émettent l'idée d'une assurance santé fédérale obligatoire et d'une subvention fédérale des écoles de médecine. A l'A. M. A., c'est le tollé. Le Journal de l'A. M. A publie des éditoriaux percutants où l'on peut lire « On veut faire du chirurgien chef de la Santé Publique le gauleiter de la médecine américaine », « Tout cela tourne au communisme », etc... De tels excès montrent à l'évidence que l'A. M. A. est prête à faire barrage à toute proposition autre que l'assurance volontaire sous contrôle de la profession. Elle se refuse à toute collaboration avec les pouvoirs publics pour rechercher une solution raisonnable à un problème national : celui de l a santé. En 1945, l'idée de 1943 est réintroduite sous une autre forme par le gouvernement fédéral. A nouveau, les éditorialistes du Journal se déchaînent : « La proposition vise à une main mise de

l'Etat sur la médecine, mains mise qui abolirait le libre choix du médecin par le malade et conduirait inéluctablement à une dégradation politique de la médecine praticienne ».

En 1948, nouvelle menace d'assurance santé obligatoire. Cette fois, l'A. M. A. se dresse en armes. L'A. R. déclare:« L'assurance santé obligatoire est une variété de médecine étatique. Elle est contraire à la tradition américaine ». Chaque membre de l'A. M. A. est autorisé à verser l'équivalent de 12 500 francs anciens de l'époque, et une action personnelle aussi bien que par relation est sollicitée contre la menace. Une firme californienne spécialisée est chargée d'organiser la bataille. Elle semble particulièrement qualifiée ; l'un de ses directeurs déclare en effet : « Le médecin américain sauvera le mode de vie américain en infligeant une défaite à l'assurance santé obligatoire . » Et sous le slogan « La voie du libre choix est la voie américaine », les Etats - Unis connaissent l'une des campagnes les plus coûteuses de son histoire. La pression ainsi exercée sur les pouvoirs publics est couronnée de succès.

En 1956 apparaît la notion de MEDICARE, et en 1961 celle de la gestion de ce programme d'assistance par la Sécurité Sociale (donc, pas de caractère volontaire). Pour le coup, l'A. M. A. créé le Comité Médical Américain d'Action Politique. Le rôle essentiel de ce comité est de solliciter des fonds destinés à soutenir tout candidat à un poste national qui partage les vues de l'A. M. A. sur la législation fédérale de la santé. En 1965, le MEDICARE a force de loi. Les bénificiaires, nous l'avons vu, participent volontairement à l'aspect médico - chirurgical du programme, mais la Sécurité Sociale assure le plus gros du financement. Un nombre important de citoyens, hors les indigents, est concerné. L'A. M. A. vient d'éprouver sa première défaite.

La perspective pour les années qui viennent est l'extension à tous les citoyens du MEDICARE ou d'un programme d'assistance du même type. Le Comité pour une Assurance Santé Nationale (C. A. S. N.) demande une assurance santé obligatoire pour tous, dont le financement serait assuré à la fois par l'employeur, l'employé et le gouvernement. Un tel système, dans l'esprit du C. A. S. N., abolirait quasiment le paiement direct des honoraires, amènerait la disparition des compa-

gnies privées d'assurance, inciterait par différents moyens les médecins à s'installer dans des zones sous - médicalisées, favoriserait la médecine salariée et la médecine de groupe. L'A. M. A propose en réponse le MEDICREDIT dans lequel un crédit d'impôt encouragerait la souscription à des assurances santé auprès des compagnies privées ou semi-publiques existantes. Un tel système préserverait le paiement direct des honoraires et n'affecterait pas la libre installation.

Rien dans la dernière Convention de l'A. M. A. (1970) ne conduit à penser que l'Association est prête à renoncer à sa politique des années vingt. Elle doit certes continuer à défendre les intérêts de ses membres, mais elle doit aussi contribuer à l'élaboration d'un système qui garantisse enfin le droit à la santé de tous les citoyens américains Elle ne peut continuer éternellement à confondre contrôle des normes professionnelles et contrôle du système de distribution des soins.

Nous pensons que le problème de la selection en médecine et celui du conservatisme social sont intimement liés Au cours de la dernière Convention de l'Association Américaine des Etudiants en Médecine (Los Angeles, 1972) le sénateur E KENNEDY a lui - même associé ces deux notions dans son discours d'ouverture : « En 1900, il y avait 25 000 étudiants en médecine ; en 1969, il n'y en avait que 30 000. En 1950, 75 % des postes d'internes étaient occupés ; en 1968, 76 % seulement l'étaient, dont beaucoup par des diplômés à l'étranger. Nous avons permis le développement d'une situation dans laquelle la santé est l'entreprise déficitaire qui croît le plus vite de la nation, une industrie de (350 milliards de francs) qui ne répond pas aux besoins des gens. Dans aucun autre pays au monde les citoyens ne paient autant pour la santé et reçoivent si peu en retour »

L'A. M. A lutte depuis plus d'un demi - siècle pour qu'une telle situation se pérennise. Cette resistance acharnée a été rendue possible par le libéralisme excessif. Si vraiment l'on peut mesurer sa liberté à la longueur de ses chaînes, il faut prendre garde que les chaînes ne soient pas trop longues. Car en s'emmelant, elles se raccourcissent et amputent d'autant la liberté de chacun.

LEXIQUE.

ORGANISMES LES PLUS IMPORTANTS.

Assemblée des Représentants de l'AMA.
AMA House of Delegates.

Association des Ecoles de Médecine Américaine (AEMA).
Association of American Medical Colleges (AAMC).
1, Dupont Circle Northw est
Washington, DC. 20 036.

Association Médicale Américaine (AMA).
American Medical Association (AMA).
535, North Dearborn Street.
Chicago, III. 60 610.

Associations Régionales des Ecoles Secondaires et Collèges (ARESC).
Regional Associations of Schools and Colleges. (RASC).

Bureaux Américains des Spécialités.
American Specialty Boards.

Bureaux d'Etat des Licences d'Exercice.
State Licensing Boards.

Bureau National des Examinateurs en Médecine (BNEM).
National Board of Medical Examiners. (NBME).

Commission de Révision des Internats.
Internships Review Committee.

Commissions de Révision des Résidences.
Residencies Review Committees.

Conseil de la Formation Médicale (CFM).
Council on Medical Education (CME).
(même adresse que l'AMA).

Inspection des Diplômes en Médecine Décernés à l'Etranger (IDEMDE
Educational Council for Foreign Medical Graduates (ECFMG
3 500, Market Street.
Philadelphia, Pa. 19 104.

Service des Candidatures aux Ecoles de Médecine Américaines
(SCEMA).
American Medical College Application Service (AMCAS).
1 776, Massachussets Avenue Northwest.
Washington ; DC. 20 036.

Service des Transferts.
Coordinated Transfer Application System. (COTRANS).
(même adresse que l'AEMA).

Service National des Affectations aux Internats et Résidences.
(SNAIR).
National Internship and Residency Matching Program (NIRMP).
State National Bank Building, Suite 1 150.
Evanston, 111. 60 201.

Test d'Admissibilité aux Ecoles de Médecine (TAEM).
Medical College Admission Test. (MCAT).
The Psychological Corporation.
304, East 45 th Street.
New York, NY. 10 017.

APPELATIONS LES PLUS USUELLES.

Baccalauréat.
Bachelor degree.

Conseiller d'enseignement prémédical.
Premedical education advisor.

Cours imposé.
Required course.

Cours optionnel.
Elective course.

Doctorat en médecine.
Doctor of medicine degree

Doctorat en sciences fondamentales.
Doctor of philosophy degree (dans le cas particulier).

Doyen.
Dean.

Ecole de médecine.
School of medicine.

Ecole secondaire
High School.

Frais d'études
Tuition.

Internat.
Internship.

Jurys d'admission aux écoles de médecine.
Medical schools admission committees.

Lettre de recommandation.
Letter of recommendation.

Livret scolaire.
High school official transcript.

Livret universitaire.
College official transcript.

Résidence.
Residency.

Unité de valeur.
Credit unit.

BIBLIOGRAPHIE

LITTERATURE.

1 - Directory of approved internships and residencies, 1971 - 72.
I volume, American Medical Association, Chicago, Illinois, 1971.

2 - Medical school admission requirements, U.S.A. and Canada, 1968 - 69.
I volume, Association of American Medical Colleges, Evanston, Illinois, 1967.

3 - Medical school admission requirements, U.S.A. and Canada, 1973 - 74.
I volume, Association of American Medical Colleges, Washington, District of Columbia, 1972.

4 - HAWES G.
Student's guide to study in the U.S.A.
I volume, The Macmillan Company, New York, New York, 1971.

5 - California Medical Association' s proposal for a voluntary, universally available health benefits program.
California Medicine, 1970, 113, 81 - 84.

6 - CHAPMAN C. et TALMADGE J.
The evolution of the right to health concept in the U.S.A.
The Pharos of Alpha Omega Alpha, 1971, 34, 30 - 51.

7 - CRISCIONE J.
Kaiser' s Group Practice is currently serving 1.7 million Californians.
California' s Health, 1969, 27, 6.

8 - Excerpt from income tax guide for physicians.
J. A. M. A., 1965, 191, 122 - 127.

9 - GARFIELD S.
The delivery of medical care.
Scientific American, 1970, 222, 15 - 23.

10 - Le grand débat universitaire.
Informations et Documents, 1968, 263, 26 - 31.

11 - Medical education in the U.S.A., 1970 - 71.
J. A. M. A., 1971, 218, 1199 - 1321.

12 - Medical education in the U.S.A., 1971 - 72.
J. A. M. A., 1972, 222, 961 - 1081.

13 - Medical licensure requirements.
J. A. M. A., 1971, 216, 1783 - 1852.

14 - Medical students listen, argue and get involved at national meeting.
California' s Health, 1972, 30, 15.

15 - O'HERN V.
Liability insurance for slander and libel.
J. A. M. A., 1968, 206, 2985 - 2986.

16 - Santé et sécurité.
Informations et Documents, 1967, 250, 35 - 38.

17 - SEGALEN G.
L'étudiant.
Informations et Documents, 1970, 300, 10 - 13.

18 - VAN DEN HEUVEL J.
Le professeur.
Informations et Documents, 1970, 300, 3 - 9.

19 - Welfare et législation sociale.
Informations et Documents, 1971, 312, 10 - 15.

20 - Les relations médicales France - Etats - Unis.
1 supplément au Concours Médical, 1970, 48.

21 - Application booklet for admissions to the 1973 - 74 entering class.
1 brochure, American Medical College Application Service, Washington, District of Columbia, 1972.

22 - Educational Council for Foreign Medical Graduates information booklet.
1 brochure, Educational Council for Foreign Medical Graduates, Philadelphia, Pennsylvania, 1972.

23 - Medical schools.
1 brochure, Educational Exchange Unit, Ambassade des Etats - Unis, Paris, 1971.

24 - Medical training in the U.S.A.
1 brochure, Educational Exchange Unit, Ambassade des Etats - Unis, Paris, 1972.

25 - Medicare handbook, July 1972.
1 brochure, U.S. Department of Health, Education and Welfare, Social Security Administration, Baltimore, Maryland, 1972

26 - The student and the Matching Program, 1969.
1 brochure, National Intern and Resident Matching Program, Evanston, Illinois, 1969.

27 - University of California, Davis, School of Medicine Bulletin, June 1972.
1 bruchure, University of California, Davis, California, 1972.

28 - University of California, San Diego, School of Medicine Catalog, May 1972.
1 brochure, University of California, San Diego, California, 1972.

29 - Blue Cross Hospital Service information pamphlet.
1 dépliant, Blue Cross Hospital Service of California, San Francisco, California, 1973.

30 - Kaiser Foundation Health Plan information pamphlet.
1 dépliant, Kaiser Foundation Health Plan Incorporated, Oakland, California, 1973.

31 - Extraits du discours du Professeur Jean GOSSET devant l'Académie de Médecine, 13. 3. 73.
1 coupure de presse, Le Provençal, 14. 3. 73.

VOYAGE D'ETUDES.

(juillet, août 1970).

Entretiens avec Mmes et MM. les Docteurs :

32 - GAVCE J., cardiologue, Kaiser Foundation Hospital, Oakland, Californie.

33 - HAUGEN N., chirurgien, Kaiser Foundation Hospital, Oakland, Californie.

34 - RENOIR M., pédiatre, Kaiser Foundation Hospital, Oakland, Californie.

35 - SEYS Y., résidente en pédiatrie, Mount Zion Hospital, San Francisco, Californie.

36 - STORLI E., chirurgien, Kaiser Foundation Hospital, Oakland, Californie.

Visites d'établissements hospitaliers :

37 - Alta Bates Hospital, Berkeley, Californie.

38 - Kaiser Foundation Hospital, Oakland, Californie.

39 - Kaiser Foundation Hospital, Richmond, Californie.

ENTRETIENS

(janvier, février, mars, avril 1973).

40 - M. BONNHEIM D.
Bachelor of Sciences, University of California, Davis, California, 1972.
Etudiant de Ière A à l'Université de Bordeaux II

41 - M. CONNOLE M.
Bachelor of Arts, University of California, San Diego, California, 1971.
Etudiant de 3ème A à l'Université de Bordeaux II

42 - M. CYPEN S.
Bachelor of Sciences, University of Florida, Gainesville, Florida, 1971.
Etudiant de Ière A. à l'Université de Bordeaux II.

43 - M. DEAN E.
Bachelor of Arts, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, 1968.
Etudiant de Ière A. à l'Université de Bordeaux II.

44 - M. FERNANDEZ R.
Bachelor of Sciences, Wayne State University, Detroit, Michigan, 1970.
Etudiant de Ière A. à l'Université de Bordeaux II.

45 - M. FISHER M.
Bachelor of Engineering, Stevens Institute of Technology, Hoboken, New Jersey, 1969.
Etudiant de Ière A. à l'Université de Bordeaux II.

46 - M. FRANCO L.
Bachelor of Arts, University of Buffalo, Buffalo, New York, 1971.
Etudiant de Ière A. à l'Université de Bordeaux II.

47 - M. GATHERON B.
Licencié ès - Lettres, Lyon, 1946.
Délégué culturel au Consulat Général des Etats - Unis, Bordeaux.

48 - M. HADLEY J.
Bachelor of Arts, University of Vermont, Burlington, Vermont, 1970.
Etudiant de Ière A. à l'Université de Bordeaux II.

49 - Mme. LAYERLE S.
Bachelor of Arts, University of California, Santa Barbara, California, 1968.
Licenciée d'enseignement, Bordeaux, 1970.
Professeur d'Anglais.

50 - M. MARVELL P.
Bachelor of Arts, University of Vermont, Burlington, Vermont, 1966.
Etudiant de 4ème A. à l'Université de Bordeaux II.

51 - Melle. MASON N.
3 années vers le Bachelor of Arts, Northeastern University, Boston, Massachussets.
Etudiante de Ière A. à l'Université de Bordeaux II.

52 - M. MOROLA H.
Bachelor of Sciences, Holy Cross College, Worcester, Massachussets, 1971.
Etudiant de Ière A. à l'Université de Bordeaux II.

53 - M. OPALAK M.
Baccalauréat français, 1971.
Etudiant de 2ème A. à l' Université de Bordeaux II

54 - Mme POUBELLE B.
Bachelor of Arts, University of Colorado, Bolder, Colorado, 1968.
Licenciée d'enseignement, Bordeaux, 1970.
Professeur d'Anglais.

55 - Mme ROBY T.
Doctor of Philosophy, University of California, Davis, California, 1973.
Professeur de Littérature Américaine.

56 - Mme. ROUQUET B.
3 années vers le Bachelor of Arts, University of California, Davis, California.
Licenciée d'enseignement, Bordeaux, 1970.
Professeur d'Anglais.

57 - M. STEINFIELD R.
Bachelor of Arts, Brooklyn College, Brooklyn, New York, 1972.
Etudiant de Ière A. à l'Université de Bordeaux II.

58 - M. USHKEVICH N.
Bachelor of Arts, Providence Collège, Providence, Rhode Island, 1970.
Etudiant de Ière A. à l'Université de Bordeaux II.

59 - M. WEISMAN G.
Bachelor of Sciences, Polytechnical Institute of Brooklyn, Brooklyn, New York, 1972.
Etudiant de Ière A. à l'Université de Bordeaux II.

60 - M. WHITE E.
Bachelor of Sciences, University of California, Davis, California, 1971.
Etudiant de Ière A. à l'Université de Bordeaux II.

CORRESPONDANCE.

(janvier, février, mars, avril 1973).

61 - American Medical College Application Service, Washington, District of Columbia.

62 - DURY M. (Mme.), bibliothécaire, National Library of Medicine, Bethesda, Maryland,

63 - HAUGEN N. (Dr.), chirurgien, Kaiser Foundation Hospital, Oakland, California.

64 - HICKMAN I. (Mme.), bibliothécaire, Kaiser Foundation Hospital Medical Library, Oakland, California.

65 - JENSEN M. (Mme), bibliothécaire, Pacific Southwest Regional Medical Library, Los Angeles, California.

66 - LASTRETO D. (Dr.), omnipraticien, directeur du Visitacion Valley Medical Group, San Francisco, California.

67 - MINTUN H. (Dr.) omnipraticien, membre du Permanente Medical Group, Walnut Creek, California.

68 - Services Américains d'Information et de Relations Culturelles, Ambassade des Etats - Unis, Paris.

69 - SEYS Y. (Dr.), résidente en pédiatrie, Mount Zion Hospital, San Francisco, California.

70 - SHERWOOD M. (Mme.), secrétaire, Special Projects Department, American Medical Association, Chicago, Illinois.

Vu,
Le Président de l'Université de Bordeaux II:

H. BRICAUD.

Bon à imprimer,
Le Président de thèse:

P. L'EPEE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Chancelier des Universités :

R. PAULIAN.

SERMENT

En présence des maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.